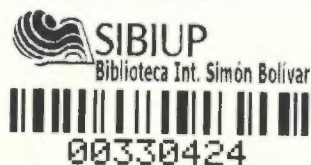




UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL  
AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA AGRESIVA EN UN GRUPO DE  
ESTUDIANTES DE CUARTO GRADO DIAGNOSTICADOS CON EL TRASTORNO  
NEGATIVISTA DESAFIANTE DEL CENTRO EDUCATIVO MANUELA H DE PÉREZ  
DE LA PROVINCIA DE VERAGUAS”

ELABORADO POR:  
SORANGEL K; RAMOS G.  
6-709-1164

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

SANTIAGO DE VERAGUAS PANAMÁ

2017

67



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Programa de maestría en	Psicología clínica
Facultad de	Psicología
Numero de código	<u>CE-PT-327-14-255-01-16-13</u>
Nombre del estudiante	Sorangel K; Ramos G.
Título a que aspira	Maestría en Psicología clínica

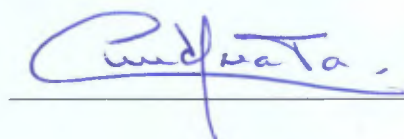
10 MAY 2018

*Obsequio Auditor*

Tema de tesis “Aplicación de un programa cognitivo conductual para el autocontrol de la conducta agresiva en un grupo de estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante del centro educativo manuela h de Pérez de la provincia de Veraguas”

Nombre del o la asesora(a) Profesora Rita Medina

Firma del o la asesora(a)



Firma del estudiante



Aprobado por



Coordinador Del Programa

Director De La Vicerrectoría De  
Investigación Y Post Grado

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo de grado a mis mas apreciados tesoros mis hijas Analia y Any Rodriguez Ramos quienes son mi fuente de inspiracion para lograr mis objetivos propuestos

A mis Queridos y adorados padres Ana Govea y Alberto Ramos quienes en todo momento me han brindado su apoyo amor y cariño quienes me han enseñado a luchar por cada una de mis metas propuestas

*“Los quiero mucho “*

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por la vida, por mis hijas mi familia y por todas las oportunidades de crecimiento que me ha dado

De igual manera quiero expresar mi gratitud a la profesora Rita Medina bajo cuya direccion he realizado esta investigacion que hoy presento y quien con sus oportunos consejos guias y constante estimulo fueron fundamentales para llevar a feliz termino este trabajo

Mis mas profundos y sinceros agradecimientos a los estudiantes de cuarto grado docentes y directivos del centro educativo Manuela H de Perez por todo el apoyo brindado antes durante y despues de nuestra investigacion asi como a mis compañeras de trabajo quienes me brindaron su apoyo en todo momento para que nuestro trabajo culminara exitosamente

A todos  
Mil Gracias

## **RESUMEN**

El proposito de esta investigacion es comprobar la efectividad de un programa cognitivo conductual para el autocontrol de la agresividad en un grupo de ocho estudiantes de cuarto grado del Centro Educativo Manuela H de Perez diagnosticados con el trastorno negativista desafiante. Se tomo como referencia el manual de autocontrol del enojo (Tratamiento Cognitivo Conductual) de Brenda Mendoza Gonzales para la elaboracion de mencionado programa.

Esta investigacion es de modalidad pre experimental con un diseño de pre prueba y post prueba, en el cual se les aplico a los participantes el inventario de expresiones de ira estado rasgo en niños (as) y adolescentes de C D Spielberg antes y despues de la terapia.

La intervencion incluyo 12 sesiones (3 meses) de aproximadamente una vez por semana, especificamente los dias lunes con una duracion de 60 minutos diarios.

Para comprobar la efectividad del programa se utilizo la prueba T de student y asi analizar la diferencia entre las medias de los resultados de la cual se obtuvieron resultados estadisticamente significativos que nos indican mejoras en las variables en estudios.

## SUMMARY

The purpose of this research is to verify the effectiveness of a cognitive behavioral program for self control of aggressiveness in a group of eight fourth grade students from the Manuela H de Perez Elementary school diagnosed with the challenging negativist disorder. The manual of self control of anger (Cognitive Behavioral Treatment) by Brenda Mendoza Gonzales was used as reference for the elaboration of this program.

This research is of pre experimental modality with a design of pre test and post test in which the participants were applied the inventory of expressions of state trait anger in children (as) and adolescents of C D Spielberger before and after therapy.

The intervention included 12 sessions (3 months) of approximately once a week specifically on Monday with a duration of 60 minutes daily.

To test the effectiveness of the program the student's T test was used to analyze the difference between the medians of the results from which we obtained statistically significant results, which indicate improvements in the variables in study.

## INDICE GENERAL

	Pag
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Resumen	VI
Summary	VII
Indice general	VIII
Introduccion	IX
 Capitulo I Fundamentacion teorica	
1 1 Antecedentes de la investigacion	2
1 2 Trastorno negativista desafiante	
1 2 1 Antecedente	4
1 2 2 Definicion	6
1 2 3 Caracteristicas diagnosticas	7
1 2 4 Prevalencia	8
1 2 5 Tratamiento	8
1 2 6 Factores de riesgo y pronostico	
1 2 6 1 Factores de riesgos individuales	10
1 2 6 2 Factores de riesgos familiares	11
1 2 6 3 Factores escolares y sociales	12
1 2 7 Diagnostico diferencial	12
1 3 La agresividad	
1 3 1 Conceptos Basicos	
1 3 1 1 Definicion de agresividad	12
1 3 1 2 Definicion de autocontrol	13
1 3 1 3 Definicion de ira	14
1 3 1 4 Temperamento	15
1 3 2 Tipos de agresividad	18
1 3 3 Factores que influyen en la conducta agresiva	20
1 3 4 Caracteristicas de niños agresivos	23



Capitulo II Tratamiento Cognitivo Conductual	
2 1 Origen de la terapia cognitivo conducta	26
2 1 1 Evolucion de la terapia cognitiva conductual	27
2 2 Que es la terapia cognitiva conductual	28
2 3 Base teoricas y metodologicas de la terapia cognitivo conductual	29
2 3 1 La reflexologia rusa y las leyes del condicionamiento clasico	29
2 3 2 El conexionismo de Thorndike	30
2 3 3 El conductismo de Watson	31
2 3 4 El neo conductismo de Edwin R Guthrie	32
2 3 5 Clark L Hull	32
2 3 6 O Hobart Mowrer	33
2 3 7 Skinner y el condicionamiento operante	33
2 4 Objetivos de la terapia cognitivo conductual	34
2 5 Caracteristica de la terapia cognitivo conductual	35
2 6 Fases de la terapia cognitivo conductual	35
2 7 La terapia cognitivo conductual y la conducta agresiva	36
2 8 Tecnicas utilizadas en el tratamiento cognitivo conductual en el tratamiento de la agresividad	39
Capitulo III Aspecto Metodologico	
3 1 Formulacion del problema	45
3 2 Justificacion del problema	45
3 3 Planteamiento de los objetivos	
3 3 1 Objetivos generales	47
3 3 2 Objetivos especificos	47
3 4 Poblacion y Muestra	47
3 5 Tipo y diseño de investigacion	
3 5 1 Estudio descriptivo	48
3 5 2 Diseño pre-experimental	49
3 6 Formulacion de hipotesis	
3 6 1 Hipotesis conceptual	49

3 6 2 Hipotesis estadísticas	51
3 7 Definición de variables independientes y dependientes	54
3 8 Instrumentos y técnicas de medición	
3 8 1 Entrevista a profundidad para niños y adolescentes de Amílcar Ivan Valladares	56
3 8 2 Consentimiento informado	57
3 8 3 Inventario de expresiones de ira estado rasgo en niños y adolescentes (STAXI NA)	57
3 9 Método de investigación	59
Capítulo IV Presentación y análisis de resultados	
4 1 Análisis descriptivo y comparativos de los resultados	82
4 2 Procedimiento	82
4 3 Resultados según las variables en estudio	84
Capítulo V Conclusiones y recomendaciones	
5 1 Conclusiones	112
5 2 Recomendaciones	114
5 3 Bibliografía	115
Anexos	

## INDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1	Comparacion de las puntuaciones obtenidas de los niveles de agresividad en el inventario de ira estado rasgos (STAXI NA)	84
Grafica 2	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en cuanto los sentimientos de estado de ira en el inventario de ira estado rasgo (STAXI NA)	87
Grafica 3	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) en cuanto a la expresion física y verbal de la ira	90
Grafica 4	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) segun los niveles de temperamento de ira	93
Grafica 5	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) segun las reacciones de ira	96
Grafica 6	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) segun los niveles de expresion externa de ira	99
Grafica 7	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) segun los niveles de expresion interna de ira	102
Grafica 8	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) segun los niveles de control externo de ira	105
Grafica 9	Comparacion de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado rasgo (STAXI NA) segun los niveles de control interno de ira	108

## INDICE DE CUADRO

Cuadro 1	Interpretacion estadística de los niveles de agresividad con la t de student de los datos dependientes de medidas repetidas en un solo grupo antes y despues del tratamiento	85
Cuadro 2	Interpretacion estadística de los niveles de sentimientos de ira con prueba 't e IC de dos muestras antes y despues de la aplicada de la terapia cognitivo conductuales	88
Cuadro 3	Interpretacion estadística de los niveles de expresion física y verbal con una prueba t e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	91
Cuadro 4	Interpretacion estadística de los niveles de temperamentos con una prueba t e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	94
Cuadro 5	Interpretacion estadística de los niveles de reaccion de ira con una prueba 't e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	97
Cuadro 6	Interpretacion estadística de los niveles de expresion externa de ira con una prueba t e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	100
Cuadro 7	Interpretacion estadística de los niveles de expresion interna de ira con una prueba 't e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	103
Cuadro 8	Interpretacion estadística de los niveles de control ira con una prueba t e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	106
Cuadro 9	Interpretacion estadística de los niveles de control interno de ira con una prueba t e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual	109

## INTRODUCCION

En la actualidad se evidencia una preocupacion alarmante por parte de los padres de familia y educadores en cuanto a los altos niveles de agresividad que manifiestan la mayoría de los estudiantes en los centros educativos de Panama conducta que es perseverante en el tiempo y presenta una magnitud y que no son consideradas normal lo que nos lleva a pensar que nos podemos estar encontrando ante un problema o trastorno que necesita de atencion clinica

Profesorado y demas profesionales de la atencion infantil que tratan con temperamentos colericos sin duda han experimentado perplejidad y confusion ante un pequeño que esta fuera de nuestro control y los mismos son categorizados como niños o niñas malcriados (as) y en muchos casos son aislados y exhibidos acreditandole la responsabilidad de estas malas conducta a los padres

Cabe señalar que hoy en dia nos encontramos con diversas conductas dentro de los salones de clases siendo las de mayor incidencia segun docentes estudiantes que no obedecen no siguen indicaciones los desautorizan y quienes reaccionan agresivamente al llamarles la atencion las cuales nos apuntan a que nos encontramos ante un tipo de trastorno de la conducta, siendo el mas comun el trastorno negativista desafiante

El trastorno negativista desafiante afecta entre un 10 y un 15 por ciento de los niños y adolescentes de nuestra poblacion el mismo se caracteriza por el desarrollo de una actitud hostil desobediente desafiante y negativista hacia las figuras de autoridad (padres profesores etc ) este comportamiento se presenta por lo menos durante 6 meses y con mayor intensidad que los adolescentes y niños de su edad

Con la nueva adaptacion del DSM IV al DSM V los criterios diagnosticos del trastorno negativista desafiante se presentan agrupados en tres categorias (enfado/irritabilidad discusiones/actitud desafiante y vengativo) del cual tomaremos para nuestra investigacion aquellos niños y niñas que presentan el trastorno negativista desafiante del centro educativo Manuela H de Perez del distrito de Santiago quienes

presentan altos niveles agresividad segun el inventario de expresion de ira estado rasgo en niños y adolescentes (STAXI NA )

Nuestra investigacion esta compuesta por cuatro capitulos detallados de la siguiente manera

Capitulo I contiene todo lo relacionado al sustento teorico de nuestra investigacion en donde se hace referencia a temas como la agresividad en los niños trastorno Negativista desafiante y la terapia cognitiva conductual

En el capitulo II se explica la metodologia utilizada para la realizacion del trabajo la cual incluye planteamiento del problema la justificacion los objetivos las hipotesis las variables el diseño tipo de estudio poblacion muestra, los instrumentos utilizados y el desarrollo del programa cognitivo conductual

En el capitulo III se presentan los analisis estadisticos de los resultados obtenidos en la investigacion

Capitulo IV se presentan las conclusiones y recomendaciones y por ultimo se muestra la bibliografía que incluyen libros publicaciones tesis manuales folletos diccionarios y sitios web y al final los anexos

Se pretende que con nuestra investigacion se logre contribuir de manera efectiva al incremento del conocimiento en cuanto al manejo del autocontrol de la agresividad en los niños y niñas diagnosticados con el trastorno negativista desafiante y así lograr mejorar la adaptacion de estos en su entorno familiar social y escolar

**CAPITULO I**  
**FUNDAMENTO TEORICO**

## **Capítulo 1 MARCO TEORICO O REFERENCIAL**

### **1.1 Antecedentes de la investigación**

En la búsqueda de investigaciones y estudios realizados que contemplaran nuestras variables en estudios nos percatamos que no se han realizado tales estudios recientemente a nivel nacional como internacional lo que nos lleva a tomar como punto de referencia las siguientes investigaciones que ya tienen mas de cinco años de realizadas

Se tomaron como puntos de referencias investigaciones realizadas en la Universidad de Panama y de otras universidades extranjeras las cuales contemplaban una de las variables en estudio variables dependientes (La agresividad) al igual que nuestra variable independiente (La terapia Cognitiva Conductual)

Howard Richard en el 2001 realizo su investigación en la reducción de la conducta agresiva en niños diagnosticados con el Trastorno por Deficit Atencional con Hiperactividad con un abordaje Cognitivo Conductual La terapia se les realizo a 2 niños que provienen de condiciones socioeconomicas muy bajas perteneciente a la cobertura del Gabinete Psicopedagogico # 1 de Colon

El tratamiento se llevo a cabo con la finalidad de reducir las conductas agresivas en los dos casos se aplico un programa Cognitivo Conductual utilizando un diseño experimental de campo con linea base multiple a través de conductas se demostro el efecto de esta terapia a pesar de que no se obtuvo una extincion total de la conducta tratada (la agresividad física y otras conductas perturbadoras estas se redujeron a niveles adaptables en el entorno escolar familiar y social

En estudios posteriores nos encontramos otra investigación referente a la conducta agresividad en niños la cual fue realizada por Guerrero Jose Ivan en el 2002 quien realizo un programa de tratamiento para la conducta agresiva en niños utilizando un enfoque Cognitivo Conductual se utilizaron 8 sujetos agresivos a estos le hicieron evaluaciones de la conducta problema antes y despues del tratamiento El estudio fue de



tipo experimental teniendo como duracion 8 semanas con una frecuencia de 3 veces por semana en sesiones de dos horas

El investigador llego a la conclusion de que los sujetos habian tenido cambios significativos en la conducta problema, acompañados de cambios en los esquemas cognitivos

En nuestra busqueda se consultaron estudios hechos en otros paises considerando una realizada en el Centro de Investigacion Psiquiatricas psicologicas sexologia de Venezuela Nucleo Zulia tomando en consideración la investigacion de Bravo Eneida 2006 este estudio se realizo con el proposito de determinar el efecto de un programa de modificacion de conducta para el manejo de la conducta agresiva en niños de Educacion Inicial en el Centro de niños y familia Se tomo una muestra de 6 niños considerada como la mayor conducta agresiva en la institucion se utilizo como técnica la encuesta, la observacion y como instrumento un cuestionario y una hoja de registro y para el tratamiento se uso la tecnica de economia de ficha

Los resultados permitieron concluir que los niños con altas conductas agresivas del Centro de Niños y Familia de la Comunidad La Cañada en el Municipio Miranda Estado de Falcon que la aplicacion del programa de modificacion de conducta como el de economia de ficha disminuye su conducta agresiva

Otra de las universidades consultadas fue la Universidad del Azuay por Pesantez Janeth en el 2007 quien hizo su investigacion para optar por el titulo de Psicologa Clinica las tecnicas cognitivas en el tratamiento de niños agresivos Los objetivos de la autora fueron

- Lograr el equilibrio y bienestar psicologico del niño a traves de recursos psicologicos que favorezcan adecuaciones emocionales y adaptacion a los contextos ambientales en los que se desenvuelven
- Tratar de eliminar o al menos disminuir ansiedades conductas agresivas culpas estado de tension interna que dificulten esta adecuacion

El plan de tratamiento se orienta a detallar el orden y momento adecuado en que se debe realizar las intervenciones así como las características y circunstancia de cada niño

Luego nos encontramos con la investigación de Contreras Abdel en el 2009 quien realizó un estudio en el entrenamiento en habilidades sociales a adolescentes diagnosticados con el Trastorno Negativista Desafiante. El mismo se llevó a cabo a 24 adolescentes entre los 11 y 15 años de edad. Los mismos fueron repartidos en un grupo control (12) y en un grupo experimental (12). A ambos grupos se les realizó una evaluación antes y después de la intervención utilizando La Batería de Socialización (BASS 3) de Silva y Martorell. Los objetivos propuestos por el investigador

- Contribuir con el desarrollo de un programa que permita la detención e intervención preventiva y correctiva de conductas de riesgo que afectan la integridad y la educación de los adolescentes del IPT Jephtha B. Duncan del Corregimiento del 24 de diciembre

El investigador utilizó la 't' de estudiantes para medidas dependientes y así poder analizar los resultados encontrándose datos estadísticos significativos que indicaban que los sujetos del grupo experimental obtuvieron cambios en sus esquemas cognitivos como en sus conductas problemáticas lo que confirmaba la efectividad del programa

## **1.2 Trastorno negativista desafiante**

### **1.2.1 Antecedentes**

De acuerdo con lo que establece la teoría, la prevalencia de diagnóstico del TND (Trastorno Negativista Desafiante) es entre un 1 al 11% de la población estudiada según DSM 5. Además se señala que a medida que los niños van creciendo el trastorno suma mayores síntomas (hacia la adolescencia) (DSM 5 2015).

Estudios realizados en diferentes países como es el caso de Chile, el diagnóstico por Trastorno Opositor Desafiante se estima alrededor de un 7.6% de la población en niños. Además es posible agregar que entre un 69% a 80% de estos niños presentan comorbilidad con Síndrome de Déficit Atencional lo que nos señala alguna variable en común al momento de considerar uno u otro diagnóstico en niños (Brahm & Martínez

2008) *Es importante señalar que algunos problemas en el lenguaje y en el aprendizaje muestran comorbilidad con el TOD y así también algún grado de discapacidad que pueda presentar un niño* (de la Barra, Toledo Rodríguez 2004)

También se le suma el tratamiento con farmacología que consiste en primera opción metilfenidato (40 mg diarios) especialmente si existe comorbilidad con Síndrome de Deficit Atencional *También se recomienda en casos de conductas obsesivas o de ansiedad el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRSS) como sertralina paroxetina y fluoxetina En casos de trastorno autista también se usan antipsicóticos como risperidona* (Brahm & Martínez 2008)

En el lugar o espacio de la Psicología en base al punto anterior se considera al igual que Bleichmar (2009 101) que *uno de los grandes problemas de la medicación es que al producir un aplacamiento a veces excesivo no posibilita una recaptura simbólica de la experiencia que prepare al aparato a nuevas experiencias*

Desde luego ahora se puede comprender como a lo largo de la historia los significados sociales han ido transformándose en donde

ser mirado observado referido detalladamente seguido a diario por una escritura ininterrumpida era un privilegio Lo cual implicaba que la crónica de un hombre el relato de su vida sus historiografías relatadas al hilo de su existencia formaban parte de los rituales de su poderío (Foucault 1997 pag 196)

Ante la cual hoy en día desde la modernidad es totalmente al revés debido a que estos procedimientos disciplinarios invierten esta relación rebajan el umbral de la individualidad descriptible y hacen de esta descripción un medio de control y un método de dominación No ya monumento para una memoria futura sino documento para una utilización eventual Y esta descriptibilidad nueva es tanto más marcada cuanto que el encuadramiento disciplinario es estricto

## **1 2 2 Definicion**

La reciente publicacion del Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales DSM 5 no ha venido exenta de polemica. Diversos autores argumentan diferentes criticas en torno al aumento de diagnosticos psiquiatricos, la menor exigencia para los criterios diagnosticos en las categorias antiguamente existentes (Echeburua, Salaberria y Cruz Saez, 2014; frances) o la supuesta relacion entre los miembros de los grupos elaboradores del DSM 5 y la industria farmaceutica (Cosgrove y Krinsky, 2012).

Con todo, los DSM son la herramienta con la que los profesionales contamos a la hora de diagnosticar los diversos trastornos mentales y es necesario conocer los cambios que en esta 5ª edicion del Manual se han realizado en los llamados genericamente como trastornos de conducta.

En el DSM 5 se han cambiado varias cuestiones con respecto a su anterior version:

- ⇒ Los tres trastornos que recogia el DSM IV siguen existiendo, pero dependen de categorias distintas.
- ⇒ Se ha mantenido el nombre del trastorno por deficit de atencion con hiperactividad y del Trastorno negativista desafiante, pero ha cambiado el nombre del Trastorno disocial a Trastorno de la conducta.
- ⇒ Se ha modificado un trastorno que en el DSM IV estaba recogido en los Trastornos del control de los impulsos: el Trastorno explosivo intermitente, especificando mejor sus sintomas y condicionantes y precisando que la edad minima para su diagnostico son los 6 años.

Se trata de una pauta de comportamiento recurrente y persistente en la que se desafian las ordenes de las figuras de autoridad, comprobando una y otra vez los limites establecidos, ignorando ordenes, discutiendo, mostrando hostilidad hacia compa˜eros o adultos y molestandolos deliberadamente o agrediendoles verbalmente. Se manifiesta de forma invariable en el contexto familiar, pudiendo manifestarse o no en otros contextos.

como la escuela. Se muestra con mayor evidencia con adultos o compañeros muy conocidos.

### **1.2.3 Características diagnósticas**

Para poder establecer un diagnóstico es necesario seguir los siguientes criterios de las características diagnósticas:

Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante de acuerdo con (Castillero, 2008: 34) dura por lo menos 6 meses estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

- a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- a menudo discute con adultos
- a menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones
- a menudo molesta deliberadamente a otras personas
- a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- a menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros
- a menudo es colérico y resentido
- a menudo es rencoroso o vengativo

Se debe considerar que se cumple un criterio solo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

No se cumplen los criterios de trastorno disocial y si el sujeto tiene 18 años o más tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista desafiante desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad que persiste por lo menos durante 6 meses

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente resistencia a las ordenes y renuencia a comprometerse ceder o negociar con adultos o compañeros Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos usualmente ignorando ordenes discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediendo verbalmente (normalmente sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial)

#### **1.2.4 Prevalencia**

La prevalencia del trastorno negativista desafiante varía del 1 al 11% con una prevalencia media estimada de cerca del 3.3%. La tasa del trastorno negativista desafiante puede variar dependiendo de la edad y el género del niño. El trastorno parece ser más prevalente en niños que en niñas antes de la adolescencia.

De acuerdo con un estudio realizado por José A. López Villalobos (2015) la gran mayoría de los profesores que atienden a estudiantes con trastorno negativista desafiante presentan significativamente peores resultados académicos (resultados globales lectura matemáticas y expresión escrita) y peor conducta en clase (relación con compañeros respeto a normas destrezas organizativas realización de tareas académicas e interrupciones de clase).

#### **1.2.5 Tratamiento**

El tratamiento se lleva a cabo a lo largo de 20 sesiones durante un período aproximado de 5 a 6 meses. Cada sesión tiene una duración aproximada de 40 a 50 minutos y se realiza una sesión cada semana.

Componentes y características del tratamiento según lo que plantea Guerri (2015)

- El terapeuta asume el papel de entrenador en el tratamiento su papel es activo y directivo contara historias planeadas de antemano sobre su vida personal para ilustrar ejemplos
- Los padres juegan un papel critico en el tratamiento acuden para aprender exactamente qué es lo que se esta enseñando al niño El terapeuta ayuda y modela a los padres en que y como elogiar al niño Los padres deben servir como terapeutas en las situaciones fuera de las sesiones
- Los componentes principales del tratamiento son los siguientes  
Entrenamiento en solucion de problemas mediante autoinstrucciones  
Aproximacion gradual de los tipos de problemas utilizados desde problemas neutros hasta problemas reales de la vida del niño Modelado por parte del terapeuta, de la solucion de problemas Contingencias de reforzamiento social Coste de respuesta Retroalimentacion y etiquetado de errores (al inicio del tratamiento el terapeuta ofrece informacion sobre la ejecucion utilizando el etiquetado concreto y posteriormente utiliza el etiquetado conceptual) Autoevaluacion Menu de recompensas Representacion de escenas (role play) a partir de la sesion 7 Desvanecimiento en tres niveles a partir de la sesion 7 Procedimientos en vivo

#### Sesiones del tratamiento de acuerdo con lo que plantea Gerri (2015)

- Establecimiento del rapport con el niño Explicacion de los pasos de resolucion de problemas los procedimientos del programa sistema y uso de las fichas y menu de recompensas coste de respuesta y la autoevaluacion
- Enseñanza de los pasos de la solucion de problemas y de como las autoinstrucciones ayudan a no actuar impulsivamente
- Los objetivos de esta sesion son enseñar al niño a seguir instrucciones y continuar ayudandole a usar los pasos para la solucion de problemas
- Se usa el Conecta 4 para enseñar al niño como aplicar lo aprendido a una situacion de juego y para facilitar que el terapeuta pregunte al niño sobre

sus problemas interpersonales al tiempo que le sugiere como los pasos podrian usarse para resolver el problema

- Se inicia la aplicacion de los pasos de la solucion de problemas a los problemas interpersonales del niño
- Se plantean situaciones interpersonales problematicas de caracter hipotetico como medio para considerar diferentes soluciones y las consecuencias de cada una de ellas para el niño y para otros
- Mediante representacion de escenas se aplica lo aprendido a la solucion de problemas interpersonales Cada sesion se centra en una categoria distinta de interaccion social
- Inversion de papeles para estimar lo aprendido en el tratamiento como aclaracion de dudas y resumen final de lo tratado

## **1 2 6 Factores de riesgo y pronostico**

### **1 2 6 1 Factores de riesgo individuales**

Perez Nieto M Gonzalez H y Redondo M (2007) describen una serie de factores individuales que a continuacion citaremos

- **Temperamento** se han propuesto diferentes hipotesis que señalan la existencia de algunos aspectos anormales en la organizacion interna del adolescente a nivel psicologico neurologico o neuropsicologico es al menos parcialmente responsable del desarrollo de los problemas de conductas externas como la agresividad
- **Deficit cognitivos y sociales** las personas con este tipo de trastorno suelen distorsionar claves sociales durante las interacciones con pares y figuras de autoridad otorgandoles a estas intenciones hostiles a situaciones neutrales
- **Herencia vs ambiente** segun los estudios longitudinales se ha demostrado que los trastornos de conducta son estables a traves de las generaciones En este sentido esto significa que los factores geneticos juegan un rol muy importante en el desarrollo de los trastornos debido a su herencia



### 1 2 6 2 Factores de riesgo familiar

- **Factores parentales** suelen presentarse los casos donde los padres de hijos con deficits en la conducta han mostrado ciertas carencias en las destrezas de estilos de crianza que han conllevado a consecuencias marcadas en los comportamientos mostrados por los adolescentes Patterson (1982 34) sugiere que *el proceso coercitivo es parte de la dinamica familiar que subyace a los problemas de conducta* El proceso coercitivo es definido como el proceso donde desde niño se aprende a escapar para evitar criticismos por parte de los padres a traves del aumento de sus conductas negativas lo cual a su vez es seguido por la interaccion aun mas negativa de los padres y se identifican en la adolescencia Estas respuestas a su vez refuerzan directamente las conductas desviadas del adolescente
- **Patron familiar** esto se refiere a que el trastorno negativista desafiante aparece mas frecuente en adolescentes en cuyas familias por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de animo ya sea el trastorno negativito desafiante trastorno disocial trastorno por deficit de atencion con hiperactividad trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias Ademàs algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con mas probabilidades de tener hijos con trastorno negativista desafiante sin embargo no se encuentra del todo claro en que medida la depresion materna es el resultado de comportamientos negativista de los adolescentes o su causa
- **Estres ambiental** Se ha demostrado que ciertos factores como la pobreza, el desempleo el hacinamiento y la enfermedad pueden ser considerados como factores importantes al momento de que pueden ser causantes de conductas agresivas oposicionistas u hostiles debido a que suelen generar altos niveles de frustracion en el individuo

### **1 2 6 3 Factores escolares y sociales**

- **Experiencias negativas** Generalmente aquellos adolescentes que muestran un comportamiento agresivo y disruptivo son rápidamente rechazados tanto por sus compañeros como por las figuras de autoridad esto trae como consecuencia el que se intensifiquen las dificultades del adolescente al momento de interactuar y comunicarse con otros

### **1 2 7 Diagnóstico diferencial**

El trastorno negativista desafiante se distingue del trastorno disocial por la gravedad de los síntomas y no se diagnostica si existe este. Suele asociarse a los trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos de niños y adolescentes por lo que no se diagnostica si se hace con estos. Se diferencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad por la falta de intencionalidad el no seguir las ordenes y que en este no se da tan frecuentemente el desafío si bien se puede establecer un diagnóstico doble de ambos trastornos. Una observación cuidadosa permite no confundir el síndrome con el trastorno de comprensión del lenguaje y del negativismo o rebeldía de algunas etapas evolutivas.

## **1 3 La agresividad**

### **1 3 1 Conceptos básicos**

#### **1 3 1 1 Definición de agresividad**

De acuerdo con Barahona (2007: 67) El término agresividad hace referencia *a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expansiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación*. La palabra agresividad procede del latín que es sinónimo de acometividad. Implica provocación y ataque.

Es un concepto originario de la biología, que ha dado relevancia a su vínculo con el instinto sexual y el sentido de territorialidad que también es asumido por la psicología.

### **1 3 1 2 Definicion de autocontrol**

De acuerdo con Miranda (1996: 45) el autocontrol podria definirse *como la capacidad para poder dirigir la propia conducta en el sentido deseado y desde este punto de vista se relaciona con practicamente cualquier cualidad humana*

El niño de cero a seis años no tiene desarrollado el autocontrol de su conducta, pues en los primeros años actua por impulso y deseos inmediatos le cuesta trabajo inhibir su conducta y ante un "no lo hagas" se mostrara desinteresado o negativista, hasta el punto de que muchos adultos piensan que se trata de una respuesta de desobediencia intencionada. Pero esto no es así, es solo producto de que su desarrollo aun no le permite el control voluntario de su conducta.

Se necesitan varias adquisiciones en el desarrollo de los procesos psicologicos para que el niño logre controlar su conducta de forma voluntaria, como es por ejemplo la comprension del lenguaje adulto facilitandole la regulacion de su comportamiento.

Por otro lado el incipiente desarrollo de la voluntad hace que ya en la segunda mitad de este periodo y casi finalizandose se produzca una adquisicion muy importante: el niño aprende a subordinar motivos. Por ejemplo, si quiere jugar debe primero hacer sus deberes escolares. Se trata de un largo proceso en el que primero cumple lo que el adulto le dice por agradarlo, pero donde en realidad no hay aun la interiorizacion de la necesidad de hacerlo por el beneficio que le reporta a el y a los demas. Con una educacion adecuada finalmente el niño logra esta interiorizacion, entonces si es posible hablar de que existe un autocontrol.

Trabajar el autocontrol es necesario: prepara al niño para su ingreso a la escuela primaria. Hay que enseñarle a que espere su turno en una fila, a no hablar todos a la misma vez. Es muy importante que aprenda a priorizar y cumplir algunas tareas y trabajos por encima de otras cosas mas agradables para el, por ejemplo el juego. Tambien debe aprender a escuchar atentamente.

El autocontrol de la conducta puede trabajarse en todas las actividades que realiza el niño tanto en la escuela infantil como en el hogar y cualquier oportunidad es buena para hacerlo

### **1 3 1 3 Definicion de ira**

Tomando en cuenta la definicion que señala Moscoso (2000) *la ira es una fuerza interna que surge de nosotros para dar respuesta a diferentes situaciones que vivimos y que nos producen tension malestar o frustracion* No obstante es cierto que ante las mismas frustraciones o situaciones negativas no todos respondemos de la misma forma esta diferencia depende del temperamento de cada persona pero tambien de experiencias previas de los pensamientos y creencias de los modelos vividos

La ira es una emocion que es necesario encauzar de manera adecuada expresandola a traves del lenguaje u otras formas de conducta pero huyendo de la agresividad o destruccion hacia los otros

Aunque ciertas emociones como la ira, la tristeza o el miedo suelen definirse como negativas todas las emociones tienen algo positivo La ira es muy importante ya que hace al ser humano evolucionar y crecer interior y exteriormente Asi cuando no conseguimos nuestros objetivos y nos enfadamos con nosotros mismos esta emocion nos da fuerza para luchar mas intensamente por lo que queremos y nos ayuda a superarnos Por eso es importante que no la ignoremos en los niños ni intentemos que la repriman ya que es una fuerza positiva que ayuda a mantener la vida y a avanzar hacia nuestras metas eso si siempre que la canalicemos adecuadamente

Existen dos grandes formas de expresion de la ira La expresion externa que se refiere a cuando nuestra expresion del enfado permite a los otros saber que estamos enfadados a traves de nuestros gestos expresiones faciales o tono de voz Por el contrario la expresion interna se refiere a la expresion del enfado hacia dentro es decir los demas no tienen por que saber que estamos enfadados pero nosotros si lo sabemos gracias a las sensaciones de tension o los pensamientos de venganza que albergamos

La expresión externa de la ira de forma inadecuada puede dar lugar a problemas interpersonales. Sin embargo, la expresión interna de la ira puede mantener este estado demasiado tiempo, dando lugar a un elevado nivel de activación psicofisiológica que se relaciona enormemente con problemas de salud, especialmente a nivel cardiovascular (hipertensión, infarto, etcétera). Además, la ira interna se acompaña de emociones negativas como frustración, tristeza.

### **1.3.1.4 Temperamento**

Los seres humanos pueden modificar su carácter, pero también se dice que el temperamento es algo que ya está determinado, y esto tiene que ver con la genética. Pinel (2007) y más específicamente con el sistema nervioso. Desde hace mucho tiempo se clasificaba a los humanos por temperamentos. Hipócrates hizo la primera clasificación, según la cual los humanos tenían dentro del cuerpo ciertos líquidos (llamados humores) como lo son la bilis, la bilis negra, la flema y la sangre, cuyo equilibrio determinaba el temperamento de las personas. Por ejemplo, si la flema predominaba, se decía que una persona era flemática, o si bien predominaba la sangre, que era colérica.

A pesar de los avances de la ciencia, esta teoría hasta cierto punto sigue vigente. No en cuanto a los humores, sino en cuanto a la clasificación de las personas por los temperamentos, lo cual está determinado por el sistema nervioso y por la influencia endocrina. Los cuatro temperamentos del ser humano según Pinel (2007) son: Sanguíneo, Colérico, Melancólico y Flemático.

⇒ **Temperamento Sanguíneo**: los sanguíneos son gente vivaz, alegre, de esos que les encanta ser los reyes de la fiesta. Tienen un sistema nervioso rápido que se caracteriza por la alta sensibilidad, y suelen ser personas muy extrovertidas.

A este tipo de personas les encanta la gente y no les gusta la soledad. Su forma de ser los hace aparentar una mayor seguridad de la que en realidad tienen, y suelen tomar decisiones basadas en los sentimientos más que en la reflexión.

Algunos defectos de los sanguíneos es que suelen ser gente indisciplinada y tienen la voluntad débil ocasionando que sean vistos como gente de poca confianza por ejemplo en un empleo o a la hora de desempeñarse en la escuela

También son muy desorganizados y siempre suelen estar en movimiento nunca voltean hacia atrás y raras veces miran hacia adelante (ellos buscan vivir el momento)

⇒ **Temperamento Colérico** La persona de temperamento colérico tiene un sistema nervioso rápido y desequilibrado Es rápido y muy activo en sus decisiones Este tipo de gente se caracteriza por ser muy independiente Es extrovertido aunque no tanto como las personas con temperamento sanguíneo

El colérico se siente a gusto con las actividades De hecho siempre tiene que tener la mente ocupada y estar haciendo algo Adopta posiciones definidas frente a las cuestiones y se le puede ver organizando marchas contra la injusticia social

Al colérico no le disgustan las adversidades por el contrario tienden a alentarlos Es determinado y no se rinde ante cualquier obstáculo él sigue adelante Demuestra poco aprecio por la música y el arte y prefiere los valores utilitarios y productivos de la vida Toda profesión que requiera liderazgo motivación y productividad son ideales para él

También tiene sus debilidades El colérico puede ser profundamente hostil Su explosividad puede ser muy peligrosa También suelen ser más insensibles ante los problemas de los demás no le gustan las lágrimas Es cruel cortante y sarcástico

⇒ **Temperamento Melancólico** El melancólico tiene un sistema nervioso débil y una muy alta sensibilidad Es muy sensible emocionalmente y es introvertido (aunque puede comportarse de manera extrovertida) Se dice que es el temperamento más rico de todos y generalmente suele tener un nivel de inteligencia más alto que los

demás temperamentos. Nadie más disfruta del arte que el melancólico y además es muy perfeccionista.

El melancólico es analítico, puede adquirir toda una variedad de talentos. El melancólico es muy fiel y por lo tanto muy buen amigo, pero no consigue amigos con facilidad, más bien espera que vengan a él.

El melancólico es muy crítico, es auto disciplinado y le gusta entregarse al sacrificio personal. Toda vocación que requiera talento y creatividad es apta para el melancólico, como filosofía, la ciencia, la música, el arte y otras.

Las debilidades del melancólico es que suele ser muy depresivo. Suele ser más pesimista que la persona promedio y es raro que una persona melancólica inicie un nuevo proyecto por sí mismo. Es egocéntrico, tiende a compararse con los demás, tiende a ser rencoroso. Tiene cambios de ánimo más marcados, en algún momento puede sentirse casi como un sanguineo y en otro momento puede sentirse en una depresión total. También suele ser rígido e intransigente.

Así como la mayoría de los genios y de los artistas suelen ser melancólicos, también pueden convertirse en seres peligrosos (en caso de que no logren educar sus impulsos), además de que las personas que constituyen este temperamento tienen una expectativa de vida menor que los demás.

⇒ Temperamento Flemático. El flemático tiene un sistema nervioso lento y equilibrado. Es tranquilo, nunca pierde la compostura ni se enfada, por lo que tiene el temperamento más agradable de todos. Suele ser una persona muy apática, sin muchas dotes de liderazgo (aunque eso no significa que no lo pueda ser).

El flemático evita comprometerse lo más posible, parece no alterarse nunca y bajo su personalidad suele experimentar más emociones que las que demuestra a los demás. No le faltan amigos porque le gustan las personas, tienen un sentido del

humor natural y posee una capacidad especial para descubrir el lado humorístico de los demás

Es de buen corazón y compasivo aunque rara vez demuestra sus sentimientos. Procura no involucrarse mucho con las actividades de los demás pero cuando lo hace lo puede llegar a hacer con un grado alto de eficacia.

Los flemáticos pueden ser buenos ingenieros, matemáticos, docentes, dibujantes. Le atraen los cargos en la administración pública, en funciones de gobierno y otros semejantes.

La debilidad del flemático es ser lento y ocioso le falta empuje y ambición. Se escuda en el dolor y también puede ser sensible aunque no tanto como el melancólico. Es muy avaro en la cuestión del dinero. Terco aunque pasa su terquedad más desapercibida que otros temperamentos y también se muestra ser indeciso y temeroso.

En consecuencia el temperamento es innato a la persona, no quiere decir que este no se pueda educar. Por ejemplo el colérico puede educar sus arranques de ira para que no sean tan violentos y el depresivo puede educar sus crisis depresivas.

Por consiguiente ningún temperamento es más ventajoso que otro todos los temperamentos tienen sus virtudes y sus defectos. Dependerá de cómo la persona maneje su temperamento para que pueda sacar provecho de él.

Los seres humanos no tienen un solo temperamento. Mas bien se puede decir que tienen un temperamento predominante. Pero puede haber mezclas de temperamentos en las demás personas por ejemplo flemático-colérico o colérico melancólico.

### **1.3.2 Tipos de agresividad**

De acuerdo con lo planteado por Figueroa, C. Domínguez, B. y Saucedo, N. (2006) existen diferentes tipos de agresividad entre los cuales los autores señalan



- **Agresividad física** La agresión física es un acto destinado a herir a una persona o humillarla. Hay un contacto físico durante una agresión física aunque también suele tener efectos psicológicos. Una agresión física puede seguir a una agresión verbal. Algunos ataques físicos tienen como objetivo torturar a un individuo. A veces la agresión física es recibida con consentimiento especialmente en el contexto de relaciones sadomasoquistas. Esto se conoce con el nombre de agresión física consensuada.
- **Agresividad verbal** La agresividad verbal además de una forma de violencia psicológica, es el modo más común del maltrato emocional. El tipo de abuso más disimulado y aceptado por la sociedad al punto que ha conquistado sin inconvenientes otros espacios como la TV donde los panelistas de programas de baile o los participantes de realidades se atacan o desprestigian unos a otros. En tanto en Internet que brinda una idea de falsa familiaridad el anonimato permite que las personas opinen «sin filtro» y sin mayor cuidado por el otro.
- **Agresividad facial** Se refiere a toda clase de expresión que se hace en contra de otra persona, no causando daño físico se manifiesta con las miradas (gestos).
- **Agresividad indirecta** Se refiere a que si el objeto dañado pertenece evidentemente a alguien y el acto destructor está reforzado por la pérdida y malestar de la víctima la respuesta es agresiva (hacia objetos de la persona afectada).

Podría decirse que la agresividad es un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable desde las expresiones verbales y gestuales hasta la agresión física. El lenguaje cotidiano asocia la agresividad con la falta de respeto, la ofensa o la provocación.

Los especialistas también hablan de la agresividad secuencial que aparece cuando una persona primero se comporta en forma tranquila y parece renunciar a sus derechos pero después muestra un comportamiento agresivo cuando advierte que no consigue resultados.

Es importante destacar que la agresividad puede originarse por factores internos o externos a la persona. Por ejemplo, la adicción a las drogas es una causa de agresividad. Los cambios emocionales (incluyendo la neurosis y la depresión) también aparecen como generadores de comportamientos agresivos.

En los últimos años se ha experimentado un importante crecimiento de la agresividad en la población juvenil. Tanto es así que un relevante sector de los jóvenes maltrata a sus padres y muestra violencia en las aulas tanto con sus profesores como con los compañeros. La falta de comunicación, los cambios hacia la madurez, el contacto con drogas o las malas compañías son algunas de las causas que originan la misma.

### **1.3.3 Factores que influyen en la conducta agresiva**

Los factores que influyen en la emisión de la conducta agresiva según Gomes Silva E y Valdes H (2000) es el factor sociocultural del individuo, ya que es el responsable de los modelos a que haya sido expuesto, así como de los procesos de reforzamientos que haya sido sometido. Si en el ambiente abundan modelos agresivos, la adquisición de estos modelos desadaptados será muy fácil.

La familia es, durante la infancia, uno de los elementos más importantes del ámbito sociocultural del niño. Las interacciones entre padres e hijos van moldeando la conducta agresiva mediante las consecuencias reforzantes inherentes a su conducta.

El niño probablemente generalice lo que aprende acerca de la utilidad y beneficios de la agresión a otras situaciones. En estas circunstancias, él pone a prueba las consecuencias de su conducta agresiva. Las familias que permiten el control de las conductas mediante el dolor tienen una alta probabilidad de producir niños que muestren altas tasas de respuestas nocivas.

Dentro de la familia, además de los modelos y refuerzos, es responsable de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que se le someta.

Se ha demostrado que una combinacion de disciplin<sup>as</sup> relajadas y pocos exigentes con actitudes hostiles por parte de ambos padres fomenta el comportamiento agresivo en los hijos. El padre poco exigente es aquel que hace siempre lo que el niño quiere, accede a sus demandas, le permite una gran cantidad de libertad y en casos extremos le descuida y le abandona.

El padre que tiene actitudes hostiles principalmente no acepta al niño y lo desaprueba, no suele darle afecto, comprension o explicacion y tiende a utilizar con frecuencia el castigo físico. Al tiempo que no da razones cuando ejerce su autoridad. Incluso puede utilizar otras modalidades de agresion como la que ocurre cuando insultamos al niño por no hacer adecuadamente las cosas o cuando lo comparamos con el amigo o con el hermano, etc. Tras un largo periodo de tiempo, esta combinacion produce niños rebeldes, irresponsables y agresivos.

Otro factor familiar influyente es la incongruencia en el comportamiento de los padres. Esta se da cuando los padres desaprueban la agresion y cuando ocurre la castigan con su propia agresion física o amenaza al niño. Los padres que desaprueban la agresion y que la detienen, pero con medios diferentes al castigo físico, tienen menos probabilidad de fomentar acciones agresivas posteriores.

Es decir, una atmosfera tolerante en la que el niño sabe que la agresion es una estrategia poco apropiada para salirse con la suya, en la que ese le reprime con mano firme pero suave y es capaz de establecer limites que no se pueden en absoluto traspasar, proporciona el mejor antidoto a largo plazo para un estilo agresivo de vida. Enseñarle al niño medios alternativos acabara tambien con la necesidad de recurrir a peleas.

La inconsistencia en el comportamiento de los padres no solo puede darse a nivel de comportamientos e instrucciones, sino tambien a nivel del mismo comportamiento.

En este sentido puede ocurrir que respecto del comportamiento agresivo del niño los padres unas veces los castiguen por pegar a otro y otras veces le ignoren por lo que no le dan pautas consistentes. Incluso a veces puede ocurrir que los padres entre sí no sean consistentes lo que ocurre cuando el padre regaña al niño pero no lo hace la madre.

De este modo el niño experimenta una sensación de incoherencia acerca de lo que debe hacer y de lo que no debe hacer. Se ofrece incoherencia al niño también cuando se le entrena en un proceso de discriminación en el sentido de que los padres castiguen consistentemente la agresión dirigida hacia ellos pero a la vez refuerzan positivamente la conducta agresiva de sus hijos hacia personas ajenas a su hogar.

Las relaciones deterioradas entre los propios padres provocan tensiones que pueden inducir al niño a comportarse agresivamente.

Otro factor reside en las restricciones inmediatas que los padres imponen a su hijo. Restricciones no razonables y excesivas, haz y no hagas, provocan una atmósfera opresiva que induce al niño a comportarse agresivamente. Por último, en el ámbito familiar puede fomentarse la agresividad con expresiones que la fomenten. Estas son expresiones del tipo pero ¿pero no puede ser más hombre?

El ambiente más amplio en que el niño vive también puede actuar como un poderoso reforzador de la conducta agresiva. El niño puede residir en un barrio donde la agresividad es vista como un atributo muypreciado. En tal ambiente el niño es apreciado cuando se le conoce como un luchador conocido y muy afortunado. Los agresores afortunados son modelos a quienes imitarán los compañeros.

Además de los factores socioculturales también influyen factores orgánicos en el comportamiento agresivo. En este sentido factores hormonales y mecanismos cerebrales influyen en la conducta agresiva. Estos mecanismos son activados y producen los cambios corporales cuando el individuo experimenta emociones como rabia, excitación, miedo. Por tanto factores físicos tales como una lesión cerebral o una disfunción también pueden provocar comportamientos agresivos.

Tambien estados de mala nutricion o problemas de salud especificos pueden originar en el niño una menor tolerancia a la frustracion por no conseguir pequeñas metas y por tanto pueden incrementarse las conductas agresivas

Otro factor del comportamiento agresivo es el deficit de habilidades necesarias para afrontar situaciones frustrantes Bandura (1973) indico que la ausencia de estrategias verbales para afrontar el estres a menudo conduce a la agresion Hay datos experimentales que muestran que las mediaciones cognitivas insuficientes pueden conducir a la agresion Camp (1977) encontro que los chicos agresivos mostraban deficiencias en el empleo de habilidades linguisticas para controlar su conducta responden impulsivamente en lugar de responder tras la reflexion

#### **1 3 4 Características de niños agresivos**

La familia constituye el lugar por excelencia en donde los niños aprenden a comportarse consigo mismos y con los demas es decir es un agente de socializacion infantil Es la agresividad una de las formas de conducta que se aprenden en el hogar y en donde las relaciones intrafamiliares ejercen una influencia en su generacion y mantenimiento Cuando los niños exhiben conductas agresivas en su infancia y crecen con ellas formando parte de su repertorio conductual se convierten en adolescentes y adultos con serios problemas de interrelacion personal que pueden generar conductas antisociales alcoholismo dificultades en la adaptacion al trabajo y a la familia, y en el peor de los casos llegan a exhibir una conducta criminal y a sufrir afectacion psiquiatrica grave De acuerdo con Hernandez (2014) son

- Actos de desobediencia ante la autoridad y las normas del hogar
- Amenazas verbales
- Daños a cosas materiales
- Deterioros en la actividad social y academica por episodios de rabias
- Discusiones con los hermanos con los padres y otros integrantes de la familia
- Gritos
- Molestar a otros integrantes de la familia

- Mostrarse iracundo o resentido
- Pleitos

Todas estas características deben presentarse en una frecuencia, intensidad y duración adecuados para pensar que se trate de un patrón conductual

Algunas características casi universales del comportamiento agresivo presentada por (Hernandez 2014) son

- Altamente impulsivos
- Relativamente refractarios a los efectos de la experiencia para modificar su conducta problema
- Carencia de habilidad para demorar la gratificación
- Baja tolerancia a las frustraciones

**CAPITULO II**  
**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL**

## **Capítulo 2 Tratamiento Cognitivo Conductual**

### **2.1 Origen de la terapia cognitivo conductual**

El Dr. Albert Ellis inicio hacia 1956 una nueva corriente psicoterapeutica conocida hoy como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Seis años mas tarde (1962) el Dr. Aaron Beck desarrollo la Terapia Cognitiva (TC) como una nueva propuesta en psicoterapias la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad. Tanto la propuesta de Ellis como la de Beck junto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes como por ejemplo los modelos integrativos conductuales, sociales, etc. conforman lo que actualmente se conoce en psicoterapia como Corriente Cognitivo Conductual.

La terapia cognitiva conductual surge como tal en los años setenta y se ha desarrollado bajo los principios de la psicología aplicada por lo que se han diseñado intervenciones aplicadas en la practica clinica, comprobandose su efectividad empiricamente por lo que se han aportado tecnicas, estrategias y componentes que posibilitan a los pacientes aprender a controlar excesos o deficits conductuales, cognitivos y/o emocionales.

La terapia cognitivo conductual se apoya en cuatro pilares teoricos basicos los cuales son los del aprendizaje clasico, operante, social y cognitivo. Es un modelo de tratamiento psicoeducativo y una forma de interaccion psicoterapeutica a corto plazo que busca ser activo, directivo, estructurado y dinamico y busca tomar en cuenta tres cosas que el ser humano hace de forma constante y natural como es el hacer, pensar y sentir.



### **2 1 1 Evolucion de la terapia cognitivo conductual**

Racham resumio la evolucion conceptual de la TC en tres estadios y O Donohue en tres generaciones

- ⇒ La primera generacion de terapeutas esta relacionada con las teorias del aprendizaje el analisis conductual aplicado y el neo conductismo mediacional en definitiva, la extrapolacion de los principios de aprendizaje a la clinica La conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje Las tecnicas de exposicion desensibilizacion sistematica, tecnicas operantes y biofeedback fueron desarrolladas en este periodo
- ⇒ La segunda generacion esta marcada por la heterogeneidad y recoge a quienes tratan de superar deficiencias y limitaciones de las teorias de aprendizaje aportando elementos de la psicologia experimental cognitiva y social Con la segunda generacion de terapeutas se produce el distanciamiento de los clinicos de la investigacion basica sobre aprendizaje (mas clinico y menos investigadores) El desarrollo de procedimientos de intervencion efectivos pasa a ser prioritario (brecha entre ciencia y hacer clinico ausencia de progreso en teorias de aprendizaje) Se apor to la teoria del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo
- ⇒ La tercera generacion de terapeutas (hasta la actualidad) buscan nuevas alternativas terapeuticas concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias y de contingencias competidoras pasa a ser central Se intenta fomentar la relacion entre la investigacion basica y la aplicación clinica Algunas terapias de este periodo son las terapias contextuales psicoterapia analitica funcional terapia de aceptacion y compromiso y mindfulness (conciencia plena) A esta tercera generacion pertenecen los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con caracter constructivista que se apartan de las bases racionalistas de los modelos cognitivos anteriores La mayor parte de la practica clinica esta guiada por el empirismo (criterios de eficacia y efectividad)

## **2.2 ¿Que es la terapia cognitivo conductual?**

La terapia cognitivo conductual es un metodo de psicoterapia a corto plazo que tiene metas especificas y se enfoca en modificar comportamientos y pensamientos antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus emociones. Es un procedimiento terapeutico activo y estructurado cuyas sesiones estan limitadas temporalmente y dirigidas por el terapeuta. Por tal motivo esta orientada hacia el presente y no hay mayor exploracion del pasado.

La terapia cognitivo conductual ha diseñado estrategias de modificacion conductual aplicable en todos los contextos posibles en donde las personas tienen la oportunidad de interactuar demostrando la efectividad del tratamiento.

Este tipo de terapia se emplea frecuentemente para disminuir conductas que limitan o impiden la adaptacion de las personas a su vida cotidiana. En poblacion infantil es una terapia que ha sido empleada para atender abuso sexual, depresion, trastorno por deficit de atencion e impulsividad, trastornos alimenticios, empleandose en ellas componentes como solucion de problemas, auto instrucciones, relajacion, manejo de contingencia y tecnicas conductuales como modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales.

La terapia cognitivo conductual no es mas que la forma en que se estudia el problema conductual o el comportamiento de la persona, se trata de describir, modificar y explicar el motivo de los trastornos del comportamiento, estos son resultado de trastornos psicologicos, malos habitos e infancias trastornadas.

Lo que se busca con la terapia cognitivo conductual es encontrar una respuesta positiva o mas apta a conductas que no son adaptativas. En el caso de pacientes que presentan altos niveles de agresividad, se encamina a que el mismo reconozca que su conducta violenta puede ser una reaccion automatica e inapropiada ante un peligro inexistente.

## **2 3 Bases teoricas y metodologicas de la terapia cognitivo conductual**

Los fundamentos teoricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron la reflexologia y la ley del condicionamiento clasico el conexionismo de thordike el conductismo de Watson Hull Guthrie Mowrer y Tolman y la contribucion de Skinner y el analisis experimental de la conducta

### **2 3 1 La reflexologia rusa y las leyes del condicionamiento clasico**

Sechenov fue precursor de las posturas conductistas posteriores al combinar neurofisiologia y psicologia en los reflejos Sus discipulos fueron Pavlov y Bechterev Pavlov estaba interesado en estudiar la actividad cerebral a traves de los reflejos

Se considera un estimulo neutro aquel que no produce ninguna respuesta sobre el organismo que se esta investigando (para asegurarse de ello se presenta repetidamente hasta que es ignorado) Si el estimulo neutro se presenta junto a un EI se convierte en un EC Pavlov utilizo los terminos condicionales (no el termino condicionado) para referirse a los productos del condicionamiento (EC RC) siendo el termino condicionado errores en las traducciones

Una estudiante de Pavlov Erofeeva, aplico un shock electrico suave a la piel de un perro antes de darle la comida y este no producia conductas defensivas y habian sido sustituidas por respuestas condicionadas de salivacion (contra condicionamiento) Se demostro asi que los metodos de condicionamiento podrian neutralizar los efectos de una estimulacion aversiva emparejandolos con una respuesta apetitiva Su discipula Shenger Krestovnikova estudio la induccion de neurosis experimentales mediante discriminacion perceptiva con dos estímulos circular (condicionado) y una elipse (inhibitorio) Al convertir el circulo en elipse el animal no era capaz de discriminarlo incluso cuando era el estimulo original mostrando signos de excitacion (produccion de respuestas neuroticas que se podian eliminar por el contrario condicionamiento) Surgio el primer paradigma experimental para el estudio de las respuestas de ansiedad La relevancia que dio Wolpe al condicionamiento pavloviano con principios de Hull dio lugar al primer tratamiento de la

TC la desensibilización sistemática Pavlov se interesó por la personalidad ansiosa teoría que es incorporada por Eysenck (uno de los fundadores de la TC) en el modelo de umbrales en neuroticismo (los factores genéticos predisponen las reacciones al entorno estimular)

Kazdin considera las principales aportaciones de Pavlov 1) la investigación objetiva de los reflejos condicionados 2) defensa del objetivismo de la investigación 3) demostración de la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta, y 4) proporcionar un modelo metodológico de la investigación de la conducta humana Las principales limitaciones de su teoría son 1) ignorar otras respuestas autonómicas a excepción de la salivación y el miedo 2) no poder explicar empíricamente el escape activo o pasivo la conducta de evitación o los resultados del castigo y 3) los aspectos técnicos del condicionamiento clásico resultan más complejos que la teoría del aprendizaje competitiva (teoría del refuerzo de Thorndike) Watson defendió energicamente el condicionamiento clásico convirtiéndose en el foco de atención de los conductistas

Vladimir M. Bechterev fue el que tuvo mayor repercusión de los autores de la época, al dar a la reflexología una interpretación más psicológica y funcional considerando respuestas motoras y estímulos aversivos (en lugar de respuestas glandulares como Pavlov) Para Bechterev los reflejos (asociativos) constituían la unidad fundamental en el análisis de la conducta acuñando el término reflexología (sustituta de la psicología y cuyo objeto eran las correlaciones humano ambiente) para diferenciarla del estudio fisiológico de los reflejos Bechterev extendió los principios de la reflexología a la psicopatología

Las investigaciones de la reflexología no tenían un interés terapéutico pero se consideran precursoras de la terapia de conducta

### **2.3.2 El conexionismo de Thorndike**

Thorndike (1874-1949) ha sido el conductista no pavloviano americano más influyente en las tres primeras décadas del siglo XX (criticado por Watson por alusiones a estados subjetivos del organismo) Skinner fue discípulo de Thorndike Thorndike utilizó métodos objetivos y rechazó el estudio de los procesos mentales y la conciencia

centrándose en la adquisición de respuestas inexistentes en el repertorio del organismo (sin interés en reflejos neuronales) Thorndike y Pavlov tenían diferentes conceptos del reflejo S R (estímulo respuesta) aunque ambos explicaban bien la respuesta aproximativa (ninguno explicaba bien los efectos del castigo o el aprendizaje de evitación) La ley del cambio asociativo es muy cercana al modelo de condicionamiento clásico La ley del efecto establecía que las respuestas seguidas de satisfacción quedaban asociadas a la situación (conducta asociada a consecuencias noción darwinista) aumentando la probabilidad de ocurrencia (o a la inversa si era seguida de disconfort) Posteriormente matizó la ley del efecto al comprobar que el castigo no debilitaba la conducta y se retractó de la ley de la práctica considerando que la repetición es un simple facilitador pero no esencial

Thorndike es considerado el precursor de la psicología educativa moderna (teoría del aprendizaje activo que los niños aprendan por sí mismos)

### **2.3.3 El conductismo de Watson**

John B. Watson (1878-1958) comenzó la revolución conductista en contra del estructuralismo y el funcionalismo obviando incluso el estudio de las respuestas fisiológicas El conductismo (término acuñado por él) debía ser objetivo y tener los siguientes principios

- 1 El objeto de la psicología es la conducta manifiesta E R (rechazo de la conciencia alma)
- 2 Metodología de la experimentación animal como método objetivo en psicología (reflejo condicionado como sustituto de la introspección)
- 3 El conductismo supone una ruptura con las corrientes anteriores que no describen la conducta en términos observables
- 4 Conducta explicada en términos E R del sistema nervioso (conducta verbal como reflejos espinales)

La obra La psicología objetiva de Betcherev tuvo un gran impacto en Watson aunque el control y la sistematicidad de Pavlov influyeron mucho en el El trabajo Psychology as the behaviorist views it (1913) es considerado el acta fundacional del conductismo

Watson propuso siete estrategias para el pequeño Albert (ver experimento) deshabitacion halago verbal adaptacion negativa, castigo social distraccion condicionamiento directo e imitacion social Mary Cover Jones encontro que las mas efectivas eran asociar el miedo con un estimulo que evocara una respuesta agradable (Wolpe lo denomino contra condicionamiento por inhibicion reciproca) y la imitacion social (modelado) situando al niño con otros niños que se acercaban sin miedo al objeto temido

La investigacion de Watson no se considera esencial para la TC siendo su mayor contribucion la comunicativa

#### **2 3 4 El neo conductismo de Edwin R Guthrie**

Edwin R Guthrie es considerado el neo conductista mas ortodoxo al llevar al extremo el principio de contiguidad de estímulos (emparejamiento) En The Psychology of Learning exponia tecnica para romper habitos o desaprender conductas mediante la presentacion progresiva de estímulos (desensibilizacion sistematica) o usando el emparejamiento con estímulos que provocan una respuesta incompatible (inhibicion reciproca de Wolpe) Tambien presento estímulos hasta que dejase de provocar respuesta

#### **2 3 5 Clark L Hull**

Clark L Hull (1884 1952) planteo la construccion de una teoria formal de la conducta creyendo haber identificado la ley fundamental del aprendizaje como principio basico de todas las ciencias Hull introdujo las variables intervinientes entre el E y el R Las principales variables intervinientes fueron la fuerza del habito y el impulso (estado de activacion) cuya reduccion da lugar al reforzamiento El habito se establece por la relacion

entre una respuesta y la reduccion del impulso que opera como reforzamiento Su teoria una factorial del aprendizaje defendia que el refuerzo (reduccion del impulso) y no la contiguidad era el factor fundamental del aprendizaje Su relevancia en la TC tiene que ver con su teoria hipotetico-deductiva y por integrar la ley el efecto de Thorndike en el paradigma de condicionamiento de Pavlov

Tolman tuvo una gran influencia en la psicologia de la Gestalt y defendio que los que se producian en el aprendizaje era una asociacion E E y no E R Los organismos no aprenden conductas concretas sino significados (expectativas) sobre los estmulos que se relacionan con una meta Realizo un acercamiento mas holistico hacia la conducta Introdujo tambien el concepto de variable interviniente (cognitivo) como nexo entre el E y la R que ayuda a determinar la conducta

### **2 3 6 O Hobart Mowrer**

El neo conductista mas influyente es O Hobart Mowrer al formular la teoria de los dos factores o teoria bifactorial del reforzamiento que mantiene la existencia de dos tipos de aprendizaje el aprendizaje de señales por contiguidad (cond Clasico o CC) y el aprendizaje de soluciones por reforzamiento (emision de respuestas voluntarias que reducen los impulsos) Mowrer asigno al miedo (impulso secundario adquirido por CC) un papel mediador en la conducta de evitacion La importancia de la teoria bifactorial para la TC es poder explicar las conductas de evitacion que se producen en diversos trastornos asi como el tratamiento de la enuresis con demostrada eficacia

### **2 3 7 Skinner y el condicionamiento operante**

Skinner (psicologo mas influyente del siglo XX) introdujo por primera vez el termino Terapia de Conducta en la literatura psicologica La clasificacion que hizo Skinner del aprendizaje estaba basada en los paradigmas de Pavlov y Thorndike señalando que habia ciertas areas donde los dos condicionamientos no se distinguian La diferenciacion entre cond clasico y operante dirigió la atencion hacia la conducta operante Desarrollo una metodologia, el analisis experimental de la conducta centrado en las relaciones entre

comportamiento y estímulos ambientales (sin referirse a constructos inferidos solo a relaciones funcionales) Esto dio lugar a un ambientalismo radical culminando en el libro *Science and human behavior* que marcaría el inicio del desarrollo de la Terapia de Conducta en EEUU (cond. operante para solucionar trastornos) El análisis experimental de la conducta dio origen a la orientación denominada análisis conductual aplicado

## **2.4 Objetivos de la terapia cognitivo conductual**

La finalidad de la terapia cognitivo conductual es ayudar a las personas a cuestionarse sus creencias negativas y a pensar de manera más realista de tal forma que puedan iniciar un cambio psicológico orientado a la mejora personal

El trabajo se desarrolla en el marco de una relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente en la que ambos deciden juntos los objetivos que desean conseguir y en la que se planifican las tareas y los temas de cada sesión

Así el objetivo de la terapia cognitivo conductual consiste en proporcionar al paciente dentro de un plazo limitado las destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida. Una vez finalizada la terapia el paciente tendrá las herramientas para afrontar sus dificultades cotidianas con éxito

El objetivo final de la terapia cognitivo conductual va encaminada en que el paciente recupere su vida y tenga una movilidad normal libre de estados de ansiedad inapropiada o preocupación excesiva. Mediante ejercicios de exposición o afrontamiento pensados y diseñados para cada caso en particular se enfocan y resuelven las conductas de evitación de determinadas situaciones como viajar en avión, asistir a reuniones sociales, subir a ascensores, relacionarse con grupos, con el sexo opuesto o con superiores jerárquicos, tomar responsabilidades mayores, etc.



## **2.5 Característica de la terapia cognitivo conductual**

- Es de corta duración en comparación con otras modalidades de psicoterapia
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo
- Es activo directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente quien no se limita a concurrir a las sesiones sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover
- Esta orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante

## **2.6 Fases de una terapia cognitivo conductual**

En todo tipo de terapia se necesita llevar un orden en el desarrollo terapéutico de un paciente y la terapia cognitivo conductual no se queda atrás algunas de estas fases a seguir que son de gran importancia y las cuales se ocuparon en la presente investigación son las siguientes: evaluación, intervención y seguimiento. A continuación se habla brevemente de estas fases:

- a) En la primera fase de evaluación se realizan entrevistas, cuestionarios y si es necesario y dependiendo con quien se trabaje se realizan juegos, actividades, etc. Que se consideren de importancia tanto para desarrollar un buen rapport con el paciente dentro de la terapia como para la obtención de datos y características importantes del paciente que pueden ser útiles para desarrollar un mejor plan de trabajo y obtener mejores resultados. Esta fase dura aproximadamente entre 2 o 3 sesiones o la que se crea conveniente.

- b) En la segunda fase de intervencion se realizan objetivos de trabajo y se utilizan tecnicas terapeuticas que se aplican entre sesion y sesion de cada terapia con el fin de lograr una mejora o un cambio en el paciente y alcanzar esos objetivos planteados con anterioridad. La duracion de esta fase de intervencion puede ir de los 2 a 3 meses o mas de un año dependiendo de la gravedad o complejidad del caso.
- c) En la tercera fase de seguimiento ya cuando se han alcanzado los objetivos planteados anteriormente observando una mejora o un cambio en el paciente se haran sesiones de seguimientos para evaluar el mantenimiento de los cambios y así hacer los ajustes que sean necesarios. tambien si es el caso de trabajar con un niño se puede plantear al encargado de este una forma de continuar el trabajo terapeutico con la supervision de este explicandole la mejor forma y variaciones en que este pueda hacerlo y seguir obteniendo buenos resultados.

La terapia cognitivo conductual trata de que en estas tres fases terapeuticas el paciente pueda modificar el pensamiento ya que segun esta teoria no son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal sino la interpretacion que hacemos de las cosas que nos pasan por lo cual este tipo de terapia busca que el paciente aprenda a identificar los pensamientos que estan generando sufrimiento celos enojo entre otras de identificarlas hacer que esté descubra lo irracional falso o incorrecto de estos pensamientos para luego sustituirlos por pensamientos que sean mas adecuados y ajustados a la realidad y así modificar su conducta. Tambien segun lo requiera el caso se puede utilizar tecnicas de relajacion que sirva de ayuda al paciente para controlar sus impulsos.

## **2.7 La terapia cognitiva conductual y la conducta agresiva**

Se entiende por conducta cualquiera actividad que un organismo realiza para adaptarse al medio vital (Miguel Millan Psicología y Familia)

En este tipo de terapia cognitivo conductual el termino conducta se entiende en un sentido amplio abarcando conductas visibles así como pensamientos sentimientos y emociones

La terapia cognitivo conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento con los cuales comienza a interactuar con su entorno aprendiendo pautas de comportamiento tanto beneficiosas como perjudicales para si mismo y para los demas ya que la conducta en si es el acto realizado como reaccion ante un estimulo este acto incluye diferentes aspectos como el pensamiento movimientos fisicos expresion oral y facial respuestas emocionales que el individuo presente

Es importante tomar en cuenta tambien los reflejos instintos y habitos de cada individuo A continuacion explicamos brevemente cada uno

- a) El temperamento es la combinacion de rasgos que heredamos de nuestros padres es esa combinacion de los genes del padre y la madre en el momento de la concepcion que determina nuestro temperamento basico nueve meses antes de que respiremos por nuestra cuenta es el responsable en buena medida, de nuestras acciones de nuestras respuestas emocionales y en mayor o menor grado de casi todo lo que hacemos Es la forma que tiene un individuo de enfrenar y reaccionar ante otras personas y situaciones (Papalia 2001)
- b) Los reflejos constituyen reacciones mecanicas y constantes de musculos y glandulas frente a estímulos físicos (luz golpe contacto ) químicos (el olor de los alimentos ) y aun psíquicos (una emoción violenta desencadena reacciones instantaneas de las glandulas suprarrenales) Son respuestas automaticas involuntarias e innatas ante los estímulos (Papalia 2001)
- c) Los instintos son innatos en el ser humano y se extiende en dos tiempos el primero constituido por el impulso a la actividad a la realizacion de algo a la consecucion de algo a la satisfaccion de una necesidad y el segundo que es la propia satisfaccion de la necesidad En el instinto hay dos vertientes muy bien definidas el aspecto exterior que es la conducta instintiva y el aspecto interior que es el

instinto como necesidad. Entre algunos de los instintos fundamentales podemos encontrar los siguientes: los instintos de conservación, los de reproducción y los gregarios (Juan José López, 1999).

Ahora bien, dado a todo esto, el enfoque cognitivo conductual investiga cómo aprendemos, es decir, los principios que explican el aprendizaje tanto de comportamiento deseable como perjudicial. Ya que lo que aprendemos es algo que depende de la constitución genética y fundamentalmente de las experiencias de vidas particulares e intransferibles de cada persona. Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros, en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. Sin embargo, hay que remarcar que, aunque en la terapia cognitivo conductual el centro de atención no esté en las causas relacionadas con la historia personal del paciente, sí se tiene muy en cuenta las causas que proponen las teorías explicativas del comportamiento humano y que han estado científicamente validadas.

Se parte del supuesto de que nuestro malestar es, en gran parte, producto de nuestra historia de aprendizaje. Por tanto, si a lo largo de nuestra vida hemos aprendido actitudes, creencias o estrategias inadecuadas o negativas, las podemos desaprender y aprender otras nuevas que sean más adaptativas y saludables y nos ayuden a tener un mayor bienestar.

En el caso de los niños, día a día afrontan dificultades de carácter psicológico en una gran variedad de aspectos que tienen que ver con sus reacciones y relaciones con el ambiente. Estas dificultades pueden suponer interacciones con los padres, hermanos, compañeros y maestros, y pueden acarrear la adquisición de habilidades y conocimientos, así como la adopción de las normas que la sociedad impone a sus miembros. La aplicación de los principios psicológicos puede ser de gran utilidad en cualquiera de estos aspectos, tanto para superar las dificultades que un niño puede haber afrontado y para evitar que se presenten esas dificultades, ya que desde el momento del nacimiento los seres humanos empezamos a ser afectados por lo que nos rodea, estos estrechos lazos que nos unen a otros.

seres humanos presentes a lo largo de toda la vida y que genera entre nosotros una influencia mutua y la manera en que las situaciones influyan dependera de la situacion en la que cada persona se encuentre (Haevssle I 1986)

## **2 8 Tecnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la agresividad**

Para la modificacion de la conducta las tecnicas o recursos a utilizar en la terapia cognitivo conductual no es rigida sino mas bien personalizadas dependiendo de la situacion de cada paciente y de la edad de este sin embargo sea de una o de otra forma es necesario y de vital importancia que el paciente y los involucrados (padres hermanos etc ) se sientan a gusto en el desarrollo de la terapia y que brinden su colaboracion y compromiso para conseguir resultados satisfactorios Algunas de las terapias y tecnicas que se tomo como base en la presente investigacion para el desarrollo de una terapia cognitiva conductual son las siguientes

- a) Terapia racional emotiva (TRE) Su creador (A Ellis en 1955) menciona que en el funcionamiento humano existen tres aspectos psicologicos principales los cuales son el pensamiento sentimiento y conducta Estos tres aspectos estan interrelacionados de modo que los cambios en uno puedan cambiar en otro En esta tecnica, el pensamiento es el principal determinante de las emociones logrando identificar el pensamiento deformado que el paciente posee para luego modificarlo de esto se puede ocupar la tecnica de ABC
- b) Tecnicas de reforzamiento Los refuerzos son las consecuencias especificas de una respuesta que hace que esta aumente su frecuencia, intensidad o su duracion y existen dos tipos de refuerzo el positivo y el negativo
- c) La economia de fichas Ayllon azrin y colaboradores en 1968 fueron los creadores de la economia de fichas que consiste en un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como refuerzo inmediato que son respaldadas posteriormente permitiendo que se cambien por refuerzos mas valiosos (whithe 1971)

- d) **Contrato conductual** Es un documento escrito en el cual se explica las acciones que el paciente y los involucrados en la terapia estan de acuerdo con realizar. En este sentido un contrato conductual debe especificar las conductas que se esperan que emita cada una de las personas implicadas, las consecuencias que se obtendra a causa de la realizacion de esta conducta y las consecuencias que obtendra por la no realizacion de estas.
- e) **Técnicas de autocontrol** El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar las emociones y no que estas nos controlen a nosotros, eligiendo lo que queremos sentir en cada momento de nuestras vidas, tomando el rol de actores o hacedores de nuestra vida.
- f) **La asertividad** Se define como la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demas. Negociando con ellos su cumplimiento. Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad es solo una parte de las habilidades sociales y consiste tambien en hacer y recibir cumplidos y en hacer y aceptar quejas ([www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm](http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm))

Sanchez Rosa y Olivares (1999) probaron la efectividad de las técnicas de la terapia cognitivo conductual (a traves del analisis de 26 trabajos empiricos) en el tratamiento de problemas clinicos y de salud, identificando lo siguiente:

- ⇒ Las tecnicas cognitivo conductuales solas o en combinacion son eficaces tanto a corto como largo plazo
- ⇒ Las tecnicas mas eficaces son habilidades de afrontamiento y de autocontrol
- ⇒ Los tratamientos largos que intensifican mucho las sesiones son perjudiciales en cuanto a la eficacia del tratamiento
- ⇒ Con respecto del modelo de entrenamiento, es mas efectivo el individual

La terapia cognitivo conductual se ha diseñado bajo los mismo principios para ser aplicada a poblacion infantil teniendo como objetivo enseñar a modificar las percepciones erroneas de su ambiente que se asocian con la manifestacion desadaptada ( conductual fisiologica y cognitiva) de emociones como el enojo agresion miedo culpa verguenza asi como el empleo de tecnicas que ayuden a afrontar eventos estresantes y a resolver problemas que se presenten en la vida diaria como el autocontrol ante situaciones conflictivas

Enseñar a los niños tecnicas de autodireccion autocontrol o solucion de problemas requiere del uso de estrategias que hagan los pasos de la terapia simples atractiva Y con ganancias es decir que se construya una terapia que para los niños los motive a realizar cambios conductuales

En cuanto a las Tecnicas Cognitivas estas incluyen entre su gran numero las siguientes tecnicas

- 1) **La asercion encubierta** Esta tecnica ayuda a reducir la ansiedad emocional a traves del desarrollo de dos habilidades separadas La interrupcion del pensamiento y la sustitucion del pensamiento
- 2) **La desensibilizacion sistematica** Con esta tecnica una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadores Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que progresivamente van provocando mayor ansiedad
- 3) **La inoculación del estres** Esta tecnica enseña como afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes Gracias a esta tecnica ya no es preciso evitar o amortiguar situaciones productoras de estres
- 4) **La sensibilizacion encubierta** Es una tecnica utilizada para tratar los habitos destructivos Esta tecnica plantea que las conductas que se convierten en habitos arraigados son aprendidas debido a que son reforzadas consistentemente por una gran cantidad de placer Una forma de eliminar el habito es empezar asociando la conducta habitual con algun estimulo imaginario muy desagradable Asi el antiguo

habito deja de evocar imagenes placenteras y empieza a asociarse con algo nocivo y repulsivo La sensibilizacion encubierta puede ayudar a que los antiguos habitos pierdan la mayor parte si no todo de su atractivo

- 5) **El reforzamiento encubierto** Es un metodo para aprender a enfrentarse a situaciones que previamente se evitan por temor Esto implica el aparear la conducta deseada con reforzadores positivos Este procedimiento se practica en primer lugar en la imaginacion y posteriormente en la vida real
- 6) **El modelamiento encubierto** Es una forma efectiva de alterar una secuencia negativa de conducta, o de aprender un nuevo patron de conducta Cualquier persona puede pensar en un cierto numero de patrones de conducta que considera insatisfactorios y que desea cambiar

Webster – Stratton y col (2001) demostraron que el entrenamiento en habilidades sociales y resolucion de problemas es eficiente en la reduccion del comportamiento agresivo y desafiante debido a que incrementa actitudes prosociales porque muchas personas responden con ira ante provocaciones especificas porque sencillamente carecen de facultades de comunicacion social basica

Estas deficiencias le predisponen a la frustracion y al rechazo y en respuesta a esta dificultad se han desarrollado terapias centradas en el entrenamiento en habilidades sociales donde se le enseñan habilidades de comunicacion tolerancia al estres y a la frustracion con las cuales disminuye la necesidad de recurrir a la agresion

Los terapeutas disponen de tecnicas de tratamiento conductista especificas las cuales utilizan para complementar o potenciar las tecnicas cognitivas conductuales

Algunas de las tecnicas mas utilizadas de refuerzo positivo son

- ⇒ La economia de ficha
- ⇒ El entrenamiento en habilidades sociales
- ⇒ La tecnica de solucion de problemas



No obstante la presente investigacion utilizo las tecnicas de refuerzo positivo  
relajacion comunicacion asertiva solucion de problema auto instrucciones

**CAPITULO III**  
**ASPECTO METODOLÓGICO**

## **Capítulo 3 Aspecto Metodológico**

### **3.1 Formulación del problema**

¿Que efecto tiene la terapia cognitivo conductual en el autocontrol de la agresividad en un grupo de estudiantes de cuarto grado del C E B G Manuela H de Perez del distrito de Santiago diagnosticados con el trastorno negativista desafiante?

### **3.2 Justificación del problema**

Con la nueva sociedad en la que se encuentran inmersos nuestros niños y niñas de hoy en día círculos extra familiares como la escuela y el barrio quienes se suponen que son los forjadores de los principios y valores. A medida que estos comparten experiencias de vida con otros infantes de su edad nos percatamos de que cada uno de ellos traen consigo ya experiencias aprendidas. De manera que un niño o una niña cuyas relaciones afectivas en casa son conflictivas tenderá a llevar a la vida social estas pautas erróneas desarrolladas frente a situaciones difíciles.

Alrededor de los seis años la actitud intelectual está en pleno desarrollo y la situación se complica en el niño y la niña por los diferentes niveles de madurez física, emocional, social e intelectual de cada uno de ellos. De esta manera muchas situaciones más o menos inestables en casa, pueden revelarse al cabo de pocas semanas de vida escolar.

Es importante señalar que no es la escuela la que crea conflictos en nuestros niños y niñas sino que en muchos casos estos afloran al obligar a enfrentarse a una realidad que le es ajena. El medio cultural en el que vive el o la infante es esencial y determinante por lo que nuestra orientación en estos casos debe enfocarse obligatoriamente tanto al medio social al que pertenece como a sus propias necesidades educativas.

Según Pearce (1995) la palabra agresividad viene del latín *agredi* que significa atacar. Implica que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físicos o psíquicos. El concepto de agresividad no solo implica la violencia física sino también la forma verbal y

justo a ellas gran cantidad de conductas que solapadas pueden no ser identificadas como agresivas pero resultan igualmente contundente o peores que un golpe si estas conductas no se tratan oportunamente por ser un problema con inicio en la infancia, no solo tiende a persistir en la edad adulta sino que se exagera con el paso del tiempo

En la actualidad son minimos los estudios y estadisticas realizados en Panama sobre el indice de estudiantes diagnosticados con el trastorno negativista desafiante a pesar de que muchos de ellos pasan desapercibidos en los centros educativos y son juzgados criticados y hasta rechazados en su gran mayoria por ser estudiantes problemas sin darnos cuenta de que estamos contribuyendo a que los mismos deserten del sistema educativo y sean atrapados en las pandillas y las drogas

Desde el 2013 cuando se le asigna al centro educativo Manuela H de Perez un equipo multidisciplinario para la evaluacion y el tratamiento de los estudiantes con necesidades educativas especiales se han canalizado casos de niños y niñas que presentan problemas conductuales en los cuales sobresalen la agresividad y actitudes negativas conductas que no son bien manejadas y canalizadas en su entorno familiar y escolar

La gran mayoria de los estudiantes que asisten al centro educativo Manuela H de Perez provienen de puntos criticos de las ciudades de Santiago de Veraguas consideradas como zonas de riesgo social en las que se encuentran pandillas alcoholismo drogadiccion y hogares desintegrados y disfuncionales lo que en gran medida influye en la formacion de la personalidad del infante y por ende en su comportamiento en otros ambientes donde este se desenvuelve incluyendo el escolar

Es un hecho suficientemente conocido la dificultad con que se encuentra la mayoria de los padres y docentes para lograr identificar los indicadores prematuros que pueden apuntar sobre la etiologia y efectos que tienen los trastornos en los que aqui nos referimos y asi como las tecnicas para tratarlos es por ello que despues de haber analizado la problematica principal que aqueja al mencionado centro educativo surge nuestro proyecto de Investigacion con la finalidad de poder brindarle herramientas eficaces a los estudiantes docentes y padres de familia para manejar conductas inapropiadas

### **3 3 Planteamiento de objetivos**

#### **3 3 1 Objetivo General**

- Conocer los efectos de la terapia cognitivo conductual en el autocontrol de la agresividad de un grupo de ocho estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante del C E B G Manuela H de Perez de la provincia de Veragua

#### **3 3 2 Objetivos especificos**

- Medir los niveles de agresividad en ocho estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual
- Aplicar la terapia cognitivo conductual a un grupo de ocho estudiantes de cuarto grado diagnosticados(as) con trastorno negativista desafiante
- Ofrecer herramientas basicas para el manejo de la agresividad a los estudiantes diagnosticados con el trastorno de negativistas desafiante para que les permitan afrontar adecuadamente situaciones conflictivas en el ambito escolar social y familiar
- Comparar los niveles de agresividad en un grupo de ocho estudiantes diagnosticados con el trastorno negativista desafiante antes y despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual

### **3 4 Poblacion y muestra**

Nuestra poblacion en estudio esta conformada por estudiantes de cuarto grado del centro educativo Manuela H de Perez del distrito de Santiago provincia de Veraguas diagnosticados con el trastorno negativita desafiante y quienes presentaban reportes de mala conducta en mencionado centro educativo cabe señalar que los estudiantes seleccionados fueron diagnosticados por diferentes instituciones tales como MINSA CSS y algunas clinicas privadas

La seleccion de la muestra se realizo de forma no aleatoria ya que se seleccionaron al menos 15 casos de estudiantes diagnosticados con el trastorno negativista desafiante los cuales cursaban el cuarto grado y presentan reportes de mala conducta y dificultades para manejar la agresividad dentro y fuera del salon de clases

Para la seleccion de la muestra primeramente se revisaron los expedientes de los 15 estudiantes seleccionados luego se converso con cada uno de los docentes que atendian a estos estudiantes con el objetivo de obtener mas informacion sobre los casos

Posteriormente se citaron a los padres de los estudiantes seleccionados para notificarles sobre la investigacion a realizar y pedirles sus autorizaciones para aplicarles a sus acudidos el inventario de expresiones de ira estado rasgos en niños y adolescente (STAXI NA) y la entrevista psicologica para niños y adolescentes de Amílcar Valladares

Una vez aplicada la entrevista clinica a los padres y el inventario de ira estado rasgo a los 15 estudiantes seleccionado se obtuvo la muestra de ocho (8) estudiantes que presentaron altos niveles de agresividad y bajos niveles de autocontrol

### **3 5 Tipo y diseño de investigacion**

#### **3 5 1 Tipo de estudio Descriptivo**

Segun Sampieri (1998 pag 60) los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos es decir como se manifiesta determinado fenomeno y busca especificar propiedades importantes de personas grupos comunidades o cualquier otro fenomeno que sea sometido a analisis Este proyecto de investigacion se considera que es de caracter descriptivo ya que nos permiten describir los niveles de agresividad que presentan los estudiantes de cuarto grados del Centro Educativo Manuela H de Perez diagnosticados con el trastorno negativista desafiante despues de la aplicacion del tratamiento cognitivo conductual

### 3 5 2 Diseño pre experimental

Es un estudio pre experimental de tipo antes y despues segun Hernandez Sampieri este es un experimento que consiste en administrar a un grupo una pre prueba para medir la variable en estudio previa al tratamiento despues se administro el tratamiento y finalmente se aplicara un posprueba para medir dicha variable (Hernandez Sampieri R y otros 2002 pag 220)

En este tipo de diseño hay un seguimiento del grupo Se observa si el tratamiento produjo algun cambio en el sujeto Se comparan las medidas antes y despues del tratamiento para observar y medir si hay cambio en ellos

#### Diagrama del diseño

**G O1 x O2**

#### En donde

**G** Es el grupo experimental

**O1** es la primera medicion del grupo o posprueba de la variable dependiente (previa al tratamiento)

**X** es el tratamiento o variable independiente

**O2** es la segunda medicion del grupo o post prueba de la variable dependiente (posterior al tratamiento)

### 3 6 Formulacion de hipotesis

#### 3 6 1 Hipotesis conceptual

Hipotesis 1	El tratamiento cognitivo conductual disminuye los niveles de agresividad en los(as) estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativita desafiante
-------------	---

Hipotesis 2	Los sentimientos de estado de ira disminuyen significativamente en los (as) estudiantes de cuarto grado diagnosticados(as) con el trastorno negativista desafiante despues de haber recibido la aplicacion del tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 3	Los niveles de expresion verbal y física disminuyen significativamente en los(as) estudiantes de cuarto grado diagnosticados (as) con el trastorno negativista desafiante despues de la aplicacion del tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 4	El nivel de temperamento disminuye significativamente en los(as) estudiantes de cuarto grado diagnosticados(as) con el trastorno negativista desafiante despues de la aplicacion del tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 5	La reaccion de ira disminuye significativamente en los(as) estudiantes diagnosticados con el trastorno negativista desafiante despues de haber recibido el tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 6	Loa niveles de expresion externa de ira disminuye significativamente en los(as) estudiantes diagnosticados(as) con el trastorno negativista desafiante despues de haber recibido el tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 7	Los niveles de expresion interna de ira disminuyen significativamente los(as) estudiantes diagnosticados(as) con el trastorno negativista desafiante despues de haber recibido el tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 8	El nivel de control externo de la ira aumenta significativamente en los(as) estudiantes diagnosticados(as) con el trastorno negativista



	desafiante despues de haber recibido el tratamiento cognitivo conductual
Hipotesis 9	El control interno de ira aumenta significativamente en los(as) estudiantes diagnosticados(as) con el trastorno negativista desafiante despues de haber recibido el tratamiento cognitivo conductual

**Observacion** Para todas las hipotesis de investigacion planteadas existen su correspondiente Ho las cuales presentan la no diferencia significativa entre la pre y post medicion de las variables implicadas

**3 6 2 Hipotesis estadisticas**

No	Niveles de Agresividad
1	<p><b>H1 = <math>\mu D \leq 0</math></b> Los niveles de agresividad que presentaran los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual seran menores que antes de haberla recibido</p> <p><b>Ho = <math>\mu D \geq 0</math></b> Los niveles de agresividad que presentaran los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante despues de la aplicacion de la terapia cognitiva conductual seran mayores o igual que antes de haberla recibido</p>
	<b>Estado de Ira</b>
2	<p><b>H1= <math>\mu D &lt; 0</math></b> Los sentimientos de estado de ira que presentaran los estudiantes de cuarto grados diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p> <p><b>Ho= <math>\mu D \geq 0</math></b> Los sentimientos de estado de ira que presentaran los estudiantes de cuarto grados diagnosticados con el trastorno negativista desafiante</p>

		seran mayor o igual despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido
		<b>Niveles de expresion verbal y fisica</b>
3	<b>H1 = <math>\mu D &lt; 0</math></b>  <b>H0 = <math>\mu D \geq 0</math></b>	<p>Los niveles de expresion verbal y fisica en los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p> <p>Los niveles de expresion verbal y fisica en los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran mayores o igual despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>
		<b>Niveles de Temperamentos</b>
4	<b>H1 = <math>\mu D &lt; 0</math></b>  <b>H0 = <math>\mu D \geq 0</math></b>	<p>Los niveles de temperamento que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberlo recibido</p> <p>Los niveles de temperamento que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran mayores o igual después de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>
		<b>Reaccion de Ira</b>
5	<b>H1 = <math>\mu D &lt; 0</math></b>  <b>H0 = <math>\mu D \geq 0</math></b>	<p>La reaccion de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante sera menor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberlo recibido</p> <p>La reaccion de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran mayor o igual despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>

	<b>Expresion externa de ira</b>
6	<p><b>H1 = <math>\mu D &lt; 0</math></b> La expresion externa de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante sera menor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberlo recibido</p> <p><b>Ho = <math>\mu D \geq 0</math></b> La expresion externa de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran mayor o igual despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>
	<b>Expresion interna de ira</b>
7	<p><b>H1 = <math>\mu D &lt; 0</math></b> Los niveles de expresion interna de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberlo recibido</p> <p><b>Ho = <math>\mu D \geq 0</math></b> Los niveles de expresion interno de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran mayores o igual despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>
	<b>Control externo de ira</b>
8	<p><b>H1 = <math>\mu D &gt; 0</math></b> Los niveles de control externo de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran mayores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberlo recibido</p> <p><b>Ho = <math>\mu D \leq 0</math></b> Los niveles de control externo de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran menores igual despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>

	<b>Control interno de ira</b>
<b>9</b>	<p><b>H1 = <math>\mu D &gt; 0</math></b> Los niveles de control interno de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran mayores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberlo recibido</p> <p><b>Ho= <math>\mu D \leq 0</math></b> Los niveles de control interno de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran menores iguales despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido</p>

### 3 7 Definicion de las variables independiente y dependientes

**VI** Terapia Cognitivo Conductual (Programa de autocontrol del enojo de Brenda Mendoza Gonzalez)

**VD** La agresividad en el trastorno Negativista Desafiante

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definicion operacional</b>
<b>Variable independiente</b>		
Terapia Cognitiva Conductual	La terapia cognitiva es un procedimiento activo directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos psiquiatricos (por ejemplo la depresion la ansiedad las follas el problema del dolor etc ) Se basa en el supuesto teorico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo estan determinados en gran medida por la forma en que el estructura el mundo (Beck 2000) Ademias establece que	El Programa de Intervencion Cognitivo Conductual de Brenda Mendoza Gonzalez 2010 en el manejo del autocontrol del enojo consiste en la aplicacion de tecnicas cognitivo conductual de forma individual y grupal a lo largo de 12 sesiones semanales las misma se llevo a cabo una vez por semana los especificamente los dias lunes

	<p>las tecnicas terapeuticas utilizadas por este tipo de terapia van encaminadas a identificar cotejar con la realidad y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales (esquemas) que subyacen a esas cogniciones</p>	<p>con una duracion de 60 minutos</p> <p>Este programa de intervencion nos permite enseñar al niño o niña de 9 a 12 años de edad a controlar los episodios de agresividad</p> <p>El mismo estara estructurado en cuatro componentes relajacion comunicacion asertiva autoinstrucciones y solucion de problemas</p> <p>Emplea tecnicas como el modelamiento moldeamiento ensayo conductual retroalimentacion correctiva reforzamiento Social y economia de fichas</p> <p>Las sesiones se organizaran en tres fases pre evaluacion aprendizaje post evaluacion</p>
<b>Variables dependientes</b>		
Trastorno Negativista Desafiante	<p>Segun el DSM 5 (APA 2014 Pag 462) El trastorno negativista desafiante (TND) implica un patron recurrente de conducta negativista, desobediente y hostil dirigida hacia las figuras de autoridad</p>	<p>Se utilizo como referencia los criterios del DSM V para la seleccion de los estudiantes que cumplen con los criterios del trastorno negativista desafiante</p>

<p>Agresividad</p>	<p>Segun Pearce (1995) la palabra agresividad viene del latin agredi que significa atacar Implica que alguien esta decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto incluso si ello significa que las consecuencias podrian causar daño físico o psiquico</p>	<p>Se medira a traves de la prueba El STAXI NA la cual consta de 32 elementos</p> <p>La prueba dispone de 32 items distribuida en las siguientes sub escalas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 en la escala de estado de ira</li> <li>▪ 8 en la escala de rasgo de ira</li> <li>▪ 16 sub escalas expresion interna de ira expresion externa de ira, control interno de ira y control externa de ira</li> </ul>
--------------------	---	---

### 3 8 Instrumento y tecnicas de medicion

Para la recopilacion de la informacion se utilizaron diferentes tecnicas tales como entrevista psicologica a los padres de los menores en estudio el consentimiento informado y el inventario de expresion de ira estado rasgo en niños y adolescentes (STAXI NA) los cuales se detallaran a continuacion

#### 3 8 1 Entrevista a Profundidad para niños y adolescentes de Amílcar Ivan Valladares

La entrevista puede ser considerada como una tecnica subjetiva o como una tecnica proyectiva Como tecnica subjetiva posee características que se atribuyen a dicha técnica y como tecnica proyectiva favorece la proyección de los aspectos conscientes e

inconscientes con la que se puede conocer el tipo de percepcion ideacion mediacion cognitiva procesamiento de informacion afectividad capacidad relacional y comportamiento del sujeto en respuesta a la consigna solicitada (Maria Vives 2007)

Para efectos de nuestra investigacion se utilizo la entrevista de niños y adolescentes de Amílcar Ivan Valladares la misma consiste en recopilar los siguientes datos datos generales del niño historia familiar historia personal (Antecedentes prenatales perinatales y postnatales antecedentes escolares antecedentes de socializacion y afectividad intereses y pasatiempos desarrollo psicosexual (preadolescente y adolescente) sintomas neuroticos castigos (Ver anexo B)

### **3 8 2 Consentimiento informado**

El mismo consistio en explicarle a los docentes y padres de los estudiantes en estudio la finalidad de la intervencion como proyecto de tesis y el tratamiento y de acuerdo con lo establecido y cumpliendo con los aspectos eticos y legales se le solicito la autorizacion por escrito a los padres o acudientes de los menores para la intervencion diagnosticas y terapeuticas

### **3 8 3 Inventario de expresion de ira estado- rasgo en niños y adolescentes (STAXI NA)**

Este inventario fue diseñado por C D Spielberger como resultado de transformar el STAXI (Spielberger 1988) para adultos a una forma mas adecuada para su aplicacion en adolescentes y niños entre las edades de 8 a 17 años con suficiente capacidad lectora

El STAXI NA permite obtener de un modo agil y sencillo una evaluacion precisa de los diferentes componentes de la ira Experiencia Expresion y Control y de sus facetas como Estado y como Rasgo Consta de 32 elementos adaptados especialmente para estas edades y para la evaluacion en distintos paises de habla hispana

- ✓ **Parte 1 Estado de ira (E)** Es la reaccion airada y puntual en un momento dado esta escala tiene tres subescalas

- Sentimiento (Sent )
- Expresion verbal (Exp V )
- Expresion física (Exp F )
- ✓ **Parte 2 Rasgo de ira (R)** Es la probabilidad por desarrollar reacciones airadas mas frecuentes e intensamente Se compone de dos subescalas
  - Temperamento (Temp )
  - Reaccion de ira (Reacc )
- ✓ **Parte 3 Modos de expresion y control de la ira**
  - La expresion externa de la ira (Exp Ext ) consiste en dirigir la ira hacia personas u objetos del entorno (Furkenstein et l 1995 citado por Spielberger 1988)
  - La expresion interna de ira (Exp Int) consiste en dirigir la ira contra uno mismo sentir la ira pero suprimir su expresion lo que provoca segun el psicoanalisis sentimientos de culpa y depresion (Averill 1982)
  - El control externo de ira (C ext ) consiste en dar salida controlada a los sentimientos de ira
  - El control interno de ira (C int ) consiste en que las personas intentan el control de la ira calmándose y relajándose
  - El indice de expresion de ira (IEI) se obtiene a partir de la puntuacion dadas a las respuestas de los cuatros escalas anteriores

Es una prueba de simple utilizacion la cual se puede realizar de manera individual o colectica, con una duracion de 15 a 30 minutos

La primera formulacion de este instrumento se llevo a cabo en Estados Unidos en la Universidad de South Florida en ingles y español (Del Barrio Spielberger y Moscoso 1998) teniendo en cuenta la version española preexistente que se habia realizado anteriormente para adultos hispanoamericanos (Moscoso y Spielberger 1999) Se suprimieron dos elementos de la forma adulta que no se consideraron adecuados para los niños y se añadio uno referido a llores pretendiendo que fuese utilizable en todos los paises de habla hispana



El material de la prueba consiste en un manual y un ejemplar en el que aparecen los distintos elementos donde el sujeto marca sus respuestas. Para la valoración de la ira, estados se emplea una escala tipo Likert con tres puntos (poco bastante mucho). En los elementos de escala ira rasgo y para distintas reacciones ante la ira se emplea una escala de frecuencia (casi nunca a veces casi siempre). El rango de puntuaciones en el total de la prueba puede oscilar entre 32 y 96.

Según Spielberger la prueba psicológica STAXI NA fue aplicada en un salón de clases de manera colectiva, indicándose con las instrucciones de la prueba fue leída en voz alta al igual que los elementos de la prueba para tratar de homogenizar la velocidad y comprensión del sujeto.

Posteriormente se registraron los datos para así obtener las puntuaciones directas en cada una de las escalas. Una vez sacadas las puntuaciones se procedió a consultar los baremos según sexo y edad del sujeto para obtener el percentil correspondiente de cada escala. Luego dichos resultados se anotaron en la hoja de perfiles.

### **3.9 Método de intervención**

El método de intervención que se implementó para el manejo del autocontrol de la agresividad en estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante fue el tratamiento cognitivo conductual (autocontrol del enojo) diseñado por Brenda Mendoza González 2010. Este programa se llevó a cabo a través de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales de forma individual y grupal a lo largo de 12 sesiones semanales (3 meses). Las mismas se llevaron a cabo una vez por semana los días lunes con una duración de 60 minutos. Una vez finalizada cada una de las sesiones se contó con la participación del acudiente, padre o tutor de los menores, quienes fueron los responsables de supervisar y reforzar el cumplimiento de las tareas para la casa asignadas en cada sesión.

Con esta terapia se buscó brindarles a los niños habilidades conductuales que les permitieron disminuir el estado de agresividad. Se emplearon como técnicas el modelamiento

moldeamiento ensayo conductual retroalimentación correctiva, reforzamiento social y economía de fichas

Las sesiones se organizaron en tres fases pre evaluacion aprendizaje y post evaluacion En la primera se permitio evaluar el comportamiento que el niño exhibia para resolver situaciones conflictivas la segunda fase (aprendizaje) tenia como objetivo enseñarle al niño nuevas conductas que le permitiran afrontar conflictos resolviendolos sin agresion la tercera buscaba valorar el grado de aprendizaje de las habilidades y conductas enseñadas al niño

A continuacion se presenta el cronograma de las fechas de las sesiones realizadas durante los tres meses de sesiones

<i><b>Agosto</b></i>	<i><b>Septiembre</b></i>	<i><b>Octubre</b></i>	<i><b>Noviembre</b></i>
29	5	3	7
	12	10	14
	19	17	
	26	24	
		31	
Un (1) dia de agosto	Cuatro (4) de septiembre	Cinco (5) de octubre	Dos (2) en noviembre

#### **Sesiones realizadas previas al tratamiento**

- Se solicito el permiso a la directora del plantel educativo Magistra Maria del Rosario Bradica para la realizacion del proyecto de investigacion
- Se revisaron los expedientes de los estudiantes que presentaban casos de conductas en el centro educativo
- Se converso con los docentes sobre la conducta de los estudiantes
- Se citaron a los padres de los menores seleccionados y se les aplico la entrevista de Amílcar Valletero

## **Estructuras de las 12 sesiones**

### **Sesion # 1 (Aprendizaje) Grupal**

✓ **Tema** ¿Que es el enojo?

✓ **Objetivos**

- El niño identificara el comportamiento que realiza cuando se enoja cambios corporales y las consecuencias de este

✓ **Recursos Didacticos**

- Ilustraciones
- Fichas de actividad

✓ **Procedimientos**

⇒ **Presentacion del grupo**

Se le dio la bienvenida al grupo y se les proporciono un gafete con el nombre de cada uno de los participantes se le pidio que mencionaran en voz alta sus nombres y un animal con el cual se identifican y explicaran al grupo por que escogieron el animal

⇒ **Explicacion de las normas y reglas del grupo de trabajo**

Para establecer las normas a seguir durante los doce sesiones se les permitio que cada uno de los participantes mencionaran una regla y las expusieran ante el grupo luego se anotaron en una lamina que llevaba por titulo *Reglas Y Normal Del Grupo De Trabajo*

⇒ **Presentacion y explicacion del cronograma de trabajo y el objetivo de las sesiones**

En una cartulina se les presento a los participantes el cronograma de trabajo el cual contenia las fechas probables de terapias a su vez se les explico rapidamente el objetivo de la terapia y la importancia de su asistencia y participacion a las mismas asi como el cumplimiento de las actividades en cada una de las sesiones

⇒ **Introduccion al tema del Enojo**

En esta primera sesion de aprendizaje se busco que los participantes aprendieran los conceptos claves con los cuales trabajaran a lo largo de los doces sesiones se hizo mayor enfasis en el concepto de enojo y que al exhibir enojo con frecuencia, pueden afectar las relaciones con sus amigos padres hermanos y maestros

Se les explico a los niños que el enojo es una emocion que es experimentada por todos los seres humanos y que por lo tanto los niños de todos los paises algunas veces lo sienten

A traves de diferentes ilustraciones se les mostro a los estudiantes niños de diferentes paises enojados caras de enojos y niños rompiendo objetos y pegandole a otros Luego cada uno de ellos explicaron con sus propias palabras lo observado se les entrego una ficha con las siguientes preguntas ¿Que haces cuando estas enojado con otra persona? ¿Como reaccionas cuando una persona que te desagrada se comporta contigo de una manera que no te gusta? Estas fueron respondidas por los participantes y expuesta al grupo

Una vez desarrolladas las preguntas y expuestas al grupo se les explico que al enojarse con comportamientos negativas (pegando llorando y tirando o rompiendo objetos) lastimamos a otras personas y provocamos que los demas se alejen de nosotros

#### ⇒ **Tareas para la casa**

Se les proporciono ficha de actividades para realizar en casa, en los participantes responderian con la ayuda de los padres

- 1 ¿Que haces cuando te enojas?
- 2 ¿Que le pasa a tu cuerpo cuando te enojas?
- 3 ¿Que hacen las demas personas cuando te enojas?

A la llegada de los padres se les explico los objetivos de las terapias y la importancia del cumplimiento de las tareas en casa

#### **Sesion # 2 (Individual con el padre)**

- ✓ **Tema** ¿Como hago para relajarme?
- ✓ **Objetivo**

- Que el niño aprenda la tecnica de relajacion tension relajacion
- ✓ **Recursos didacticos**
  - Fichas de actividades
  - Hoja de registro tension relajacion (sesion de aprendizaje)
  - Hoja de registro tension relajacion (casa)

✓ **Procedimiento**

⇒ **Revision de tareas**

Se dio inicio sesion revisando las preguntas que se le asignaron en la primera sesion de aprendizaje y se le dio la oportunidad a su acompañante (Madre o padre) que expresaran como fue la experiencia con sus hijos trabajando en la identificacion de episodios de enojos

⇒ **Ensayo conductual**

Se inicio la sesion a traves de un ensayo conductual con el niño quien represento su propio papel mientras que el terapeuta hizo el papel de otro niño que jugaba con el y se le decia no voy a jugar contigo y no te voy a prestar mis juguetes nuevos vete de aqui una vez representado el socio drama se indaga en como reaccionaria el ante el ensayo representado

⇒ **Tecnica de tension relajacion**

- Despues de representado el ensayo conductual se le pidio al acompañante que estuviera presente en la tecnica que se le enseñaria al niño
- Se dio inicio preguntandole al menor si alguna vez habia escuchado la palabra relajacion y si conocia su significado
- Se le presento el siguiente ejemplo Como tu sientes los musculos de tus piernas al levantarte despues de permaneces mucho tiempo viendo television o jugando video juegos ¿duros o tensos? con base a su respuesta se les explico al menor de que cuando se siente enojado ciertos musculos de su cuerpo se ponen duros
- Se le pidio que intentara apretar sus musculos y luego ponerlos flojitos una vez practicado el ejercicio varias veces con la ayuda del acompañante se

le explico que cuando se ponga tenso por estar enojado podra relajarlos y sentir una sensacion muy agradable Se continuo practicando la tecnica

- Despues de haber practicado varias veces la tension y relajacion de los musculos se paso a enseñarles paso a paso como relajarse mostrandole posicion correcta para poner su cuerpo tranquilo lo sentamos en una silla colocandole su espalda sobre el respaldo de la silla sus manos en los muslos y que solo intentara descansar Luego se paso a tensar y relajar los musculos primero tensa y posteriormente relajar cada musculo del cuerpo que se le iba mencionando (Esta tecnica primero fue modelada por el terapeuta)
- Luego de que el menor practicara a tensar y relajar cada una de las partes del cuerpo descrita, se paso a realizar un ensayo conductual utilizando el mismo ejemplo al inicio de la sesion y se le pidio a la madre que anotara en la hoja de registro si el niño realizaba correctamente la tecnica aprendida de tension relajacion como una conducta alternativa para la solucion de conductas violenta

⇒ **Tarea**

- Se les pidio a las madres que practicasen en casa el ejercicio de tension relajacion por 15 minutos diarios y se anotaran en la hoja
- Se le explico al menor y su acompañante como se debe llenar cotidianamente el registro de ACC (Antecedentes conductas consecuentes) en casa de acuerdo con los episodios de enojo con y sin agresion que haya mostrado

### **Sesion # 3 (Grupal)**

✓ **Tema** Aprendiendo otra forma de relajacion

✓ **Objetivo**

- Que el niño aprenda estrategias para cambiar de un estado de enojo a uno de tranquilidad a traves del empleo de tecnicas de relajacion (relajacion sin tension)

✓ **Recursos didacticos**

- Hoja de registro de relajacion sin tension
- Globo
- Popote
- Ficha de actividad 6 Aprendiendo a respira
- Ficha de actividad 7 Registro respiracion sin tension (sesion de aprendizaje)
- Ficha de actividad 8 Registro respiracion sin tension (casa)

✓ **Procedimientos**

#### **⇒ Revision de las tareas**

Se inicio las sesiones con la revision de los registros ACC de cada uno de los niños de acuerdo con los episodios de enojos que hayan tenido con o sin agresividad durante una semana Cada uno de los estudiantes expusieron al grupo las veces en las que pusieron en practica la tecnica de tension y relajacion y por que la utilizaron

#### **⇒ Ejercicios de respiracion**

En esta sesion se trato de enseñarle a los niños ejercicios de respiracion (inhalar y exhalar) con la ayuda de un globo se les pidio que tomaran aire inflando del estómago y posteriormente lo soltaran Luego de practicar la tecnica, se les pidio que con la ayuda de un globo soplaran y soltaran el aire lentamente

⇒ **Técnica de relajación sin tensión**

- En esta técnica se les explicó a los niños que aprendan otra técnica de relajación pero que en esta no tendrán que tensar los músculos es decir aprenderán a respirar lentamente relajando cada parte de sus cuerpos
- Se les pidió a los niños que siguieran los siguientes pasos para que realizaran la técnica de relajación sin tensión
  - 1 Los niños realizaron respiraciones profundas y lentas imaginándose que su estómago era un globo que se infla mantuvieron el aire por unos segundos y posteriormente fueron sacando el aire lentamente
  - 2 Relajar músculos se les solicitó a los niños que inflaran el estómago y que sacaran el aire lentamente poniendo flojos los músculos de la frente al mismo tiempo que respiraban lentamente posteriormente los músculos de la nariz la boca y la mandíbula se les solicitó que prestaran atención en cada uno de los músculos que se le nombraron evitando tensarlos
  - 3 Estado de relajación En este último paso se le solicitó al niño que realizara una auto observación revisando el estado en el que encuentran sus músculos faciales
- Una vez modelada y practicada la técnica de relajación se les pidió a los menores que realizaran un ensayo conductual en grupos de dos dramatizando una situación que les causaba enojo y luego utilizaron la técnica de relajación aprendida como comportamiento alternativo en la solución no violenta de conflictos y el resto de los compañeros anotaron si cumplían o no con los pasos aprendidos

⇒ **Tarea**

- Se les pidió a los menores que practicasen en casa con la ayuda de sus padres la técnica enseñada de relajación y que anotaran en el registro de ACC los episodios de enojo con o sin agresividad que hayan exhibido



#### **Sesion # 4 (Grupal)**

✓ **Tema** ¿Como digo lo que me gusta?

✓ **Objetivo**

- Enseñarles a los niños a expresar frases positivas cuyo uso elevaran la probabilidad de iniciar interacciones positivas para evitar ser excluido y tener más amigos(as)

✓ **Recursos didacticos**

- Cartulinas con frases positivas y frases negativas
- Registro de observacion en casa
- Tarjeta de papel cartoncillo donde estara escrito el nombre del niño de la madre del niño y el del terapeuta

✓ **Procedimiento**

⇒ **Inicio de la sesion**

Se dio inicio a la sesion con la revision de los registros de ACC

⇒ **Introduccion al tema de Recordando frases positivas**

Se les explico a los menores que en esta sesion se les ayudaria a que reconocieran frases positivas y negativas y que aprendieran a expresarlas a otras personas. Luego se les presento un listado de frases positivas en una lamina, posteriormente cada uno de ellos leyó una frase y en grupo comentaron que estas frases hacen sentir bien a la gente y sería buena idea decírselas a sus amigos, a sus hermanos, a sus padres y profesores.

Luego se les proporciono un listado de frases negativas en otra lamina, y se les pidió a cada uno de los niños que mencionaran una de las frases que hace enojar a la gente y estos a su vez le explicaron al grupo que cuando se dice frases negativas se les falta el respeto a las personas y hacen que la otra persona se enoje y reaccione violentamente.

Después de haberles presentado las frases positivas y negativas se les expuso a los niños que las frases positivas se utilizan para hacer sentir bien a la gente y que para

decirlas deberan seguir tres pasos muy faciles Que al decir algo positivo a alguien se les mire a los ojos Luego decir la frase positiva y sonreirles al mencionar las frases

Seguidamente se les modelo una frase positiva sin sonreir y la misma sonriendo y se les pidio a los niños que expresaran lo observado al decir la misma frase pero con expresiones diferentes

Se les solicito a los niños que se sentaran en el piso en un circulo y se les proporcione a cada uno de ellos una tarjeta con frases positivas las cuales se las leian a su compañero de la derecha usando los tres pasos aprendidos luego se pasaban las tarjetas hasta terminar la ronda Una vez terminada la dinamica se les pregunto a los niños que mencionaran cual de las frases fue la que mas le gusto y se le hizo facil o dificil expresar y que describieran como se sintieron al expresarlas y como se sintieron al recibir de otra persona una frase positiva

#### ⇒ Tareas para la casa

- **Para el niño** Se les pidio que debe expresar por lo menos tres frases positivas diariamente a tres personas en casa y que luego su mama anotara si cumple o no con la tarea asignada
- **Para la mama** Se le explico a la mama que se le entregaria un registro de frases positivas en casa en la que tiene que anotar si su hijo expreso frases positivas exhibiendo contacto visual y sonriendo y a su vez anotara si ella elogio inmediatamente la conducta de su hijo

#### Sesion # 5 (Grupal)

✓ **Tema** y si me enoja ¿Como lo digo?

✓ **Objetivo**

- Que el niño aprender a expresar su enojo mediante frases en primera persona evitando responsabilizar a otras personas de sus actos

✓ **Recurso didactico**

- Hoja de registro de frases en primera persona clinica (ficha de actividad 13)
- Hoja de registros diarios en casa de frase en primera persona (ficha de actividad 14)
- Hoja de mensajes en primera persona (ficha de actividad 15)
- Hoja de identificacion de situaciones que lo hacen enojar (ficha de actividad 2 contestadas por el niño en la primera sesion)
- Cartulina o diapositiva con los mensajes Estoy enojado porque Me siento bien por que

✓ **Procedimiento**

⇒ **Inicio revision de tareas**

Se inicio revisando el registro diario de conductas ACC de cada uno de los niños y reflexionando sobre el mismas

⇒ **Expresando el enojo con palabras y no con agresion**

- En esta sesion se les enseño a los niños que cuando estan enojados con alguien deben expresarles su enojo con palabras y no con agresiones (pegando o aventando cosas) y que muchas veces cuando las personas se enojan probablemente culpan a otra persona y utilizan frases tales como POR TU culpa POR TI me caí POR TI me regañaron
- Se escogio un acontecimiento real de los presentados por los niños en su registro de ACC y luego se realizo un ensayo conductual mientras que dos niños dramatizaban el acontecimiento el resto de los compañeros estaban atentos a las frases que usaban culpando a otros de su enojo
- Despues de detectada las frases que utilizaron culpando a otros se les explico a los participantes que cuando se enojan es importante que expresen lo que sienten pero sin llegar a lastimar o insultar a otra persona, reemplazando las frases culpantes por expresiones con el pronombre YO y se les explico los

siguientes pasos para expresar enojos (Anotadas en una cartulina y colocadas en un lugar visible)

- 1 Respirar profundo tranquilo y poner el cuerpo flojito
- 2 Expresar sus emociones con el pronombre yo diciendo como se siente por ejemplo Estoy enojado o me siento enojado
- 3 Expresar por que este enojado Pro que y expresar el comportamiento de la otra persona por ejemplo Estoy enojado porque me pegaste cuando estabamos jugando Estoy enojando porque no me invitaste a jugar contigo

En este punto se les hizo mucho énfasis que deben de reconocer las conductas de otra persona que los hace sentir bien

- Después de explicada y practicado varias veces los pasos aprendidos cada uno de los participantes mencionaron una conducta negativa de algunas personas que los hacen enojar y se les pidió que lo representen a través de una dramatización con la ayuda de sus compañeros y se analizarán en conjunto las conductas y usarán los pasos ya aprendidos todos los participantes practicaron los ensayos conductuales hasta por sí solos usar los pasos aprendidos para expresar sus emociones
- Se le entregó a cada uno de los participantes una ficha de actividades la cual contenía registro de frases en primera persona, se les explicó como llenarla y se realizó una práctica
- Al finalizar la práctica cada uno de los niños recordaron lo aprendido en sus propias palabras lo aprendido en la sesión

#### ⇒ **Tareas para la casa**

- Para el niño que siga anotando en el registro ACC situaciones cotidianas de enojo
- Para las madres se les entregó el registro de frases en primera persona para la casa y se le explica a la madre que debe anotar durante la semana el empleo de

frases en primera persona, para la expresion positiva de sus emociones y que si se llega a cumplir los pasos aprendidos inmediatamente debe ser elogiado por su madre o quien este con el en el momento

#### **Sesion # 6 (Grupal)**

✓ **Tema** Aprendiendo a escuchar (Comunicacion Asertiva)

✓ **Objetivo**

- Que el niño aprenda habilidades para comunicarse sin exhibir enojo y que aprendan a identificar patrones de comunicacion no verbal y verbal de una persona enojada para poder comunicarse asertivamente con el

✓ **Recursos didacticos**

- ⇒ Cuadros de estilos de comunicacion verbal y no verbal
- ⇒ Pasos para aprender a escuchar y evitar responder con comportamiento agresivo
- ⇒ Tarjetas con imagenes
- ⇒ Laminas
- ⇒ Videos

✓ **Procedimiento**

⇒ **Revision de tareas**

Se reviso las tareas asignadas en la sesion anterior y se retroalimenta sobre las mismas y a su vez se les refuerzo positivamente por haberlos traídos

⇒ **Estilos de comunicacion verbal y no verbal**

- Se les mostro un video en donde observaron algunas situaciones de personas empleando diferentes tonos de voz movimiento de brazos y manos expresiones faciales y postura para que ellos llegaran a reconocer personas enojadas de las que no lo estaban

- Luego se les mostro tarjetas con imagenes de comunicaciones verbales y no verbales que les ayudo a reconocer a una persona enojada, de otra no lo esta ayudandolos a conocer que tipo de comportamiento exhibir con cada una de ellas
- Posteriormente se paso a modelar a los niños características verbales y no verbales que fueron identificadas y explicaron como ellos debían actuar ante estos tipos de comunicación

#### ⇒ **Deficiencias para saber escuchar**

- Se les mostro una serie de imágenes ejemplificando las diferentes deficiencias que se cometen al escuchar a otra persona
- Después se les explico algunos pasos que les permitieron comunicarse asertivamente con una persona que se encuentra enojada los mismos fueron presentados en una cartulina en las que cada uno de ellos las leyó y reflexionaron y expusieron ejemplos vividos por ellos mismos Pasos para aprender a escuchar
  - 1 Mantener contacto visual con la persona que habla
  - 2 Respirar y relajarse (Relajación profunda)
  - 3 Dejar hablar a la persona y evitar interrumpirla
  - 4 Mostrar expresiones fáciles amables (contacto visual sonrisa)
  - 5 Decir con un tono de voz tranquilo Me doy cuenta que estas enojado  
(a) por lo que es mejor que platiquemos cuando estes mas calmado por ahora no podemos platicar te voy a dejar solo para que te tranquilices y mas tarde hablamos
- Se realizó un ensayo conductual con los niños hasta que ellos logren poner en práctica los cinco pasos aprendidos
- Se les proporciono la ficha de registro de habilidades de saber escuchar e identificar en los compañeros que realizan el ensayo si han cumplido o no los pasos

- Por ultimo se le permitio a cada niño expresaron situaciones de su diario vivir en los que ellos identifican que no se siguen estos cinco pasos y que cada uno de ellos reflexione sobre la importancia de saber escuchar y comunicarnos

⇒ **Tareas para la casa**

- Para el niño Continuar con el registro de conducta ACC
- Para la madre Se le explico en que consistia el registro de habilidades para saber escuchar y que su importancia sobre el llenado durante la semana llevando a sus hijos a que cumplan con los pasos aprendidos

**Sesión # 7 y 8 (Grupales)**

✓ **Tema** Botellita de ajedrez todo lo que digas sera al revés (auto instruccion)

✓ **Objetivos**

- Enseñarles a los niños que pueden guiar su comportamiento a traves de instrucciones que ellos mismo se den

✓ **Recursos didacticos**

- Fases que guian el comportamiento (auto instrucciones)
- Hoja de frases para evitar la provocacion
- Viñetas G y H
- Registro de auto instrucciones durante la sesion (ficha de actividad 20)
- Registro diario en casa de auto instrucciones (ficha de actividad)

**Sesion # 7**

⇒ **Revision de tareas**

Los niños expusieron episodios de enojo manifestados durante la semana que anotaron en el registro de ACC y como hicieron para el manejo de estas

⇒ **Aprendiendo a enfrentar conflictos**

- Se inicio esta sesion preguntandole a los participantes quienes son los compañeros de su escuela que generalmente los molestan o con los que tienen problemas Cada uno de los participantes mencionaron los nombres de esos compañeros y los que les hacen y como ellos reaccionan a esos ataques
- Luego se les enseño algunos pasos para enfrentar estos conflictos evitando involucrarse en peleas y tener consecuencias escolares
  - **Fase 1** Evitar involucrarse en conflictos (se les explico que este paso lo emplearian cuando ocurran alguna de estas situaciones) Cuando alguien le pegue lo empuje o le haga algo accidentalmente Por ejemplo Cuando valla pasando por algun lugar en donde jueguen futbol y la pelota le cae en la cara Cuando vea a alguien que no le agrada y tan solo de verlo hay mas probabilidades de enojarse

Se les señalo que a traves de frases cortas acompañadas de tecnicas de relajacion podran evitar involucrarse en conflictos

⇒ **Paso I** Respira tranquilamente (Tecnicas de relajacion)

⇒ **Paso II** Emplear las siguientes frases

- Mantente calmado
  - 'No fue intencional fue accidente
  - 'No vale la pena enojarse
  - Respira tranquilamente
  - Respira e ignora
  - Respira y relaja tu cuerpo
- Se les manifesto a los niños que estas frases deben decirlas en voz bajas y repetirla varias veces hasta que logren relajarse
  - Luego de que se les enseño la fase 1 con sus dos pasos se le pidio a cada niño que los practicara en grupo



⇒ **Tareas**

- Se les dejó para la casa que practicasen la fase 1 evitando involucrarse en conflictos

**Sesión # 8**

⇒ **Revisión de tareas**

Se inició con una lluvia de ideas para revisar las tareas de la sesión anterior y evaluar la puesta en práctica de la fase 1

⇒ **Fase II**

En la sesión # 8 se continuó con el mismo objetivo de la sesión anterior continuando con la fase II que lleva por nombre confrontación se les presentaron algunos videos en donde se mostraban algunos tipos de accidentes que al no practicar la fase 1 los llevaba a los conflictos

Se le pidió a cada uno de los participantes que cerraran los ojos y se imaginaran que uno de sus compañeros que los molestaba se acercaba a ellos para molestarlos Y que cada uno de ellos manifestaran que frases se dirían a sí mismo para no entrar en conflicto

Se les explicó los cuatro pasos que se deben poner en práctica en esta fase

- 1 Relajación Aquí se les pide a los niños que practiquen las técnicas respiración y relajación de su cuerpo
- 2 Decir las auto instrucciones Se les pidió a los niños que respiraran tranquilamente relaja tu cuerpo evita tensarlo
- 3 Decir no Los niños participaron en grupo mirándose a los ojos y decir firmemente NO TE PERMITO ME LLAMES ASI NO TE PERMITO QUE ME TRATES ASI
- 4 Solicitar ayuda a un adulto

Se les explico a los niños que deben evitar involucrarse en una situacion de conflicto y si ocurre solicitarle ayuda a un adulto. Una vez que se les explico los pasos se realizo un juego de roles entre compañeros mientras se observaba si los niños ponian en practica lo aprendido

⇒ **Tareas para la casa**

- Se le entrego a cada niño una ficha de auto registro diario auto instrucciones en casa y se les explico como supervisar el auto registro durante la semana

**Sesion # 9 (Grupal)**

✓ **Tema** Solucion de problemas

✓ **Objetivo**

- Que el niño identifique diferentes alternativas de afrontamiento en situaciones en las que responde con enojo

✓ **Recurso didactico**

- Hoja de solucion de problemas
- Laminas
- Pilotos

✓ **Procedimiento**

Se inicio la sesion nueve con la revision de las tareas de la sesion anterior y estudiantes que en esta sesion aprenderan a analizar situaciones problematicas con la ayuda de una serie de pregunta que se les mostro en una lamina y se les coloco en un lugar visible

La misma cuenta con siete preguntas que a continuacion se mencionaran

- 1 ¿Cual fue la situacion por la que me enoje?
- 2 ¿Como me comporte ante esa situacion?
- 3 ¿Que cosas buenas se obtuvieron de esa respuesta? y ¿Cuales cosas malas se obtuvieron?
- 4 ¿Que otra forma de solucionar problemas esos problemas existen sin recurrir al enojo?
- 5 ¿Que cosas buenas y malas se obtienen de esa solucion?

6 Toma de decision

7 ¿Que debo de hacer para llevar a cabo esa solucion sin agresion?

Una vez leida cada pregunta, se les pidio a los estudiantes que cada uno mencionara un episodio de su vida que le hubiera causado enojarse y se le haya asignado una consecuencia negativa

Luego se le entrego a cada participante una hoja que contenia las 7 preguntas o pasos y se les pidio que las respondieran de acuerdo con el episodio narrado Una vez contestada las siete preguntas cada uno las expuso al resto de sus compañeros

#### ⇒ Tareas

- Se les pidio a los niños que en casa llenaran una hoja de solucion de problemas sin enojo para cada situacion en la que se hayan enojado Con la ayuda de sus padres

#### Sesion # 10 (Grupal)

✓ **Tema** Solucion de problemas 2 (Yo decido)

✓ **Objetivo**

- Enseñarles a los niños a resolver problemas a partir de la identificación de su comportamiento y que analicen las consecuencias que obtienen un conflicto sin agresion

✓ **Recursos didácticos**

- Ficha de actividad Yo decido
- Hoja de solucion de problemas con comportamiento prosocial

✓ **Procedimiento**

Se dio inicio a la sesion pidiendole a los estudiantes que comentaran un conflicto que hayan tenido durante la semana en casa escuela o en cualquier otro lugar luego se le entrego una hoja de toma de decisiones

En equipos analizaron conflictos mencionados con base a cada pregunta de la hoja de trabajo de los siete preguntas o pasos ya enseñadas en la fase anterior

Despues de analizadas las conductas manifestadas durante la semana, se les enseñó a analizar sus conflictos a traves de conductas prosocial y se les explico los cuatros pasos de la siguiente forma

- I Identificar cual fue el problema que se presento
- II Identificar ¿Cuando ¿donde y con quien tuvo el problema?
- III Analizar los aspectos positivos del comportamiento que el niño llevo a cabo para solucionar el problema
- IV Identificar las consecuencias de su comportamiento positivo al solucionar un problema

⇒ Tareas

- Se les pidio a los niños que anotaran en casa en la hoja de solucion de problemas con comportamiento positivo los conflictos que se le hayan presentado durante la semana, proporcionando y exhibiendo un comportamiento pro social

#### **Sesion # 11**

✓ **Tema** solucion de problemas 3 (Un trato con mis padres)

✓ **Objetivo**

- Que los niños realicen un contrato conductual con el padre y el terapeuta para llevar a cabo las alternativas de solucion de problemas

✓ **Recursos didacticos**

- Contrato de solucion de problemas

✓ **Procedimiento**

Se inicio la sesion revisando las tareas de la sesion anterior posteriormente se les proporciono a cada participante una hoja en la cual contenia un contrato conductual el mismo les fue explicados la importancia de este y así evitar la perdida de privilegio

Cada uno de los participantes se comprometieron con sus padres y el terapeuta a

cambiar sus comportamientos agresivos por comportamientos adaptativos empleando las estrategias enseñadas durante el tratamiento

- ⇒ Para la realización del contrato conductual entre el niño padre y terapeuta se escogió dos comportamientos que cotidianamente exhiba el niño provocando estrés en la familia
- ⇒ Se les explico a las madres de los niños como llevar a cabo un programa de economía de ficha en la que los niños obtendrán diariamente una ficha por cada situación resuelta sin comportamiento agresivo
- ⇒ Se establecieron las conductas y el programa de economía de ficha especificando las condiciones bajo las cuales los padres deberán entregar las fichas será supervisado por los mismo si el niño cumplió con el comportamiento acordado para obtener un premio así se respetaran los acuerdos y el premio será entregado en la sesión siguiente (Última sesión y cierre)

#### **Sesión # 12**

- ✓ **Tema** El cierre de la terapia
- ✓ **Objetivo**
  - Que los niños identifiquen habilidades para resolver conflictos sin agresión de las practicadas durante las doce sesiones de tratamiento
- ✓ **Materiales didácticos**
  - Fichas de trabajos
  - Láminas
  - Premios
- ✓ **Procedimiento**

Esta última sesión se condujo de manera grupal con el propósito de que los estudiantes pusieran en práctica todo lo aprendido a lo largo de las doce sesiones. Se dio inicio con la exposición de sus contratos conductuales y la revisión del programa de economía de fichas para así hacer efectivo los premios establecidos para cada uno de ellos.

Cabe señalar que antes de esta sesión se tuvo un acercamiento con cada uno de los

padres quienes hicieron efectivos los premios prometidos a los niños que cumplieran con lo pactado en el contrato

- ⇒ Una vez leídos los contratos y revisados el programa de economía de fichas de los participantes se les proporciono un refuerzo social en el cual se le reconoció la importancia de asistir puntualmente a las sesiones así como el cumplimiento de las tareas
- ⇒ Luego se le entrego a cada uno de ellos un certificado de culminacion del programa y los premios pactados por el cumplimiento del programa
- ⇒ Cada uno de los participantes expreso con sus propias palabras su experiencia a lo largo de los tres meses de terapia
- ⇒ Por ultimo se procedio a la aplicacion del inventario de expresion de ira estado rasgo en niños y adolescentes (STAXI NA )
- ⇒ Se les dejo de tarea que dentro de un mes se les volvera a citar para debatir sus nuevas experiencias de conflictos así hayan puesto en practica todas las estrategias aprendidas

**CAPITULO IV**  
**PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

Una vez culminada las 12 sesiones de la terapia cognitiva conductual aplicada a un grupo de ocho estudiantes diagnosticados con el trastorno negativista desafiante y quienes a su vez presentaron altos niveles de agresividad les mostramos los resultados obtenidos antes y despues del tratamiento

#### **4 1 Analisis descriptivos y comparativos de los resultados**

Con este analisis se pretende describir los datos o valores obtenidos en cada una de las variables en estudio y con ello evaluar si existen diferencias significativas con respecto a las medias antes y despues de la aplicacion del tratamiento luego comparamos los resultados de las evaluaciones iniciales las evaluaciones finales para verificar si las hipotesis son verdaderas o falsas

Para llevar a cabo este analisis se utilizo la prueba estadistica 't' de student para datos dependientes de medidas repetidas las medias la desviacion estandar y con los cuadros y graficas Para la realizacion de los mismo se utilizo un programa estadistico de computadora denominado MINITAB el cual consiste en un conjunto de herramientas estadisticas basicas y avanzadas que incluye estadisticas descriptivas pruebas de hipotesis intervalos de confianza, analisis de regresion analisis de varianza control de procesos series de tiempo etc

#### **4 2 Procedimiento**

##### **⇒ Fase 1**

Se seleccionaron 15 casos de estudiantes de cuarto grado que presentaban el diagnostico de negativita desafiante del Centro Educativo Manuela H de Perez que han sido referidos por a la direccion del plantel por mala conducta

##### **⇒ Fase 2**

Se les aplico el inventario de expresiones de ira estado – rasgos en niños y adolescentes (STAXI NA) a los 15 estudiantes y la entrevista psicologica para niños y adolescentes de Amílcar Valladares a los padres de estos de los cuales 8 presentaron altos niveles de agresividad y bajos niveles de autocontrol



⇒ **Fase 3**

Se aplico el tratamiento cognitivo conductual en 12 sesiones semanales (3 meses) la misma se llevo a cabo una vez por semana especificamente los dias lunes con una duracion de 60 minutos

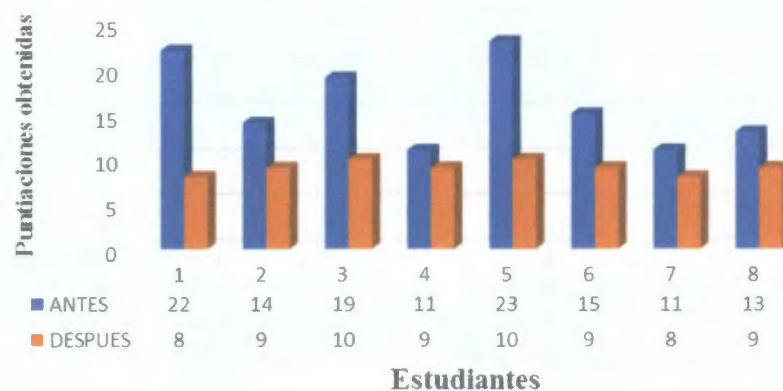
⇒ **Fase 4**

Se aplico el posttest el inventario de expresiones de ira estado – rasgos en niños y adolescentes (STAXI NA) una vez finalizada la sesion numero 12 del tratamiento

### 4.3. Resultados según las variables de investigación

#### 4.3.1. Agresividad

Gráfica 1. Comparación de las puntuaciones obtenidas de los niveles de agresividad en el inventario de ira estado-rasgos (STAXI-NA)



En esta gráfica se presentan las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el inventario de expresiones de ira estado – rasgos en niños y adolescentes (STAXI-NA), en donde se observa que a mayor puntuación mayor son los niveles de agresividad. En cuanto a los resultados del pre test se observaron que 5 sujetos presentaron agresividad moderada y 3 agresividad alta antes de la aplicación de la terapia.

Después de la aplicación de la terapia, se observa que de los ocho estudiantes evaluados, dos de ellos no manifestaron agresividad y los 6 restantes manifestaron bajos niveles de agresividad. Los que nos lleva a concluir que los niveles de agresividad disminuyeron después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual.

**Cuadro 1** Interpretacion estadistica de los niveles de agresividad con la t de student de los datos dependientes de medidas repetidas en un solo grupo antes y despues del tratamiento

T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	16 00	4 75	1 7
DESPUES	8	9 000	0 756	0 27
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia - 7 00				
Limite superior 95% de la diferencia - 10 22				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 4 12 Valor p = 0 998 GL = 7				

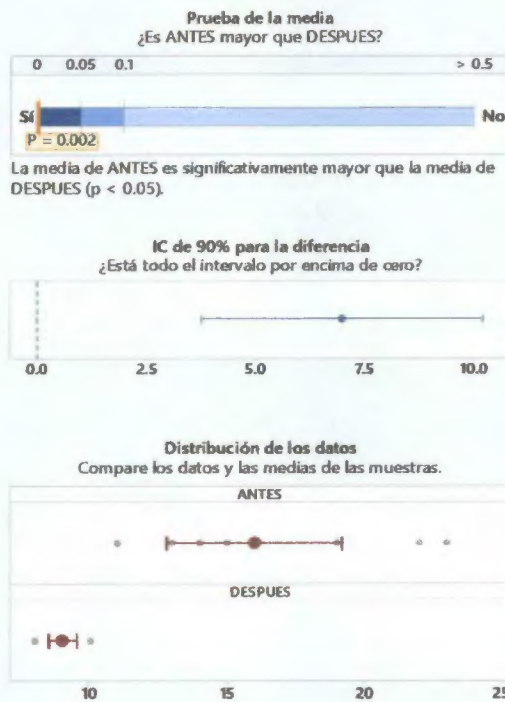
Seleccionamos un valor denominado nivel de significancia antes de realizar una prueba de hipotesis y comparamos el valor (p) de la prueba t con el nivel de significancia

El valor (p) indica la probabilidad de obtener nuestros resultados si la hipotesis nula es verdadera Si el valor (p) es igual o mayor que el nivel de significancia, rechazamos la hipotesis nula y concluimos que existe una diferencia en la agresividad antes y despues del tratamiento

Para nuestra prueba, utilizamos un nivel de significancia de 0 05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 0 998 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0 05 por lo tanto rechazamos nuestra hipotesis nula y concluimos que los niveles de agresividad que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

La prueba “t” de 2 muestras también crea un intervalo de confianza que nos proporciona más detalles sobre la diferencia entre los grupos. Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05, de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95%; es decir, 0.95. Este intervalo nos indica que, con base en los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en la agresividad total, de las dos poblaciones se encuentra entre 3.7776 y 10.222 y una seguridad de 95% de que es mayor que 3.7776.

#### AGRESIVIDAD TOTAL, ANTES y DESPUES, DE APLICADA LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Informe de resumen



Muestras individuales		
Estadísticas	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	16	9
IC de 90%	(12.82, 19.18)	(8.4937, 9.5063)
Desviación estándar	4.7509	0.75593

Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	7
IC de 90%	(3.7776, 10.222)

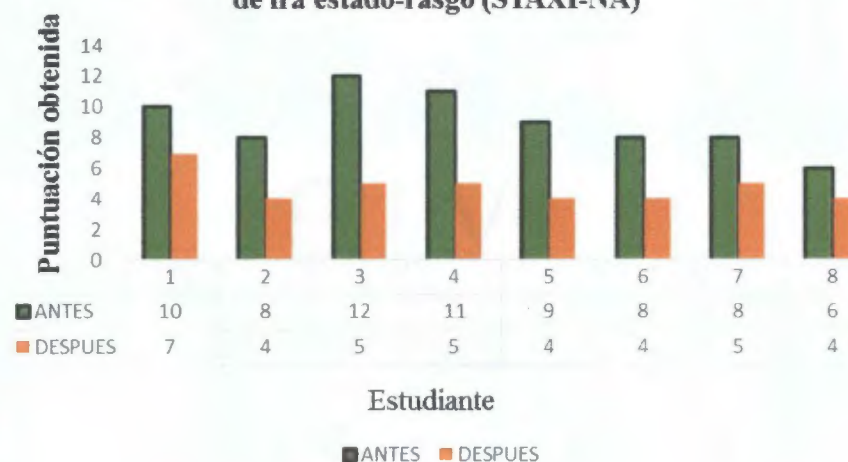
\*Diferencia = ANTES - DESPUES

**Comentarios**

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es mayor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 3.7776 y 10.222, y una seguridad de 95% de que es mayor que 3.7776.

### 4.3.2. Los Sentimientos de estado de ira

**Gáfica 2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en cuanto los sentimientos de estado de ira en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA)**



En cuanto a las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA) se observa que en la aplicación del test antes de recibir la terapia 4 estudiantes obtuvieron altos niveles de sentimientos de ira y los cuatros restantes moderados niveles de sentimientos de ira. En cuanto la aplicación posterior al tratamiento se observó que los niveles de sentimientos de ira disminuyeron a un estudiante con niveles moderado, tres bajos y 4 nulos. Lo que nos indica que después de recibir la terapia los estudiantes disminuyeron los sentimientos de estado de ira.

**Cuadro 1** Interpretacion estadistica de los niveles de sentimientos de ira con prueba t de IC de dos muestras antes y despues de la aplicada de la terapia cognitivo conductual

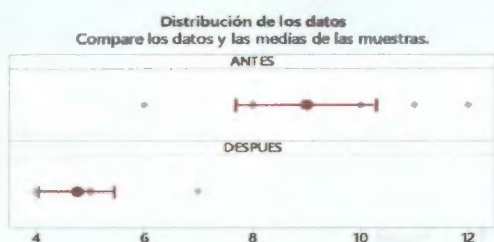
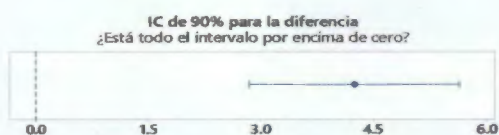
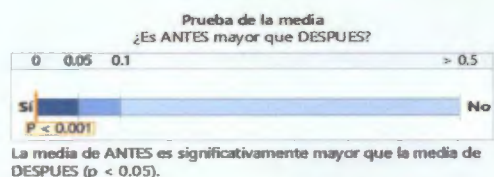
T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	16 00	4 75	1 7
DESPUES	8	9 000	0 756	0 27
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia - 7 00				
Limite superior 95% de la diferencia - 10 22				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 4 12 Valor p = 0 998 GL = 7				

Para nuestra prueba, utilizamos un nivel de significancia de 0 05 debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 0 998 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0 05 a lo que podemos concluir que los sentimientos de estado de ira que presentan los estudiantes de cuarto grados diagnosticados con el trastorno negativista desafiante serán menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

La prueba 't de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0 05 con un intervalo de confianza de 95% es decir 0 95 Este intervalo nos indica que con base en los datos de la muestra podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los estados de sentimientos de ira, de las dos poblaciones se encuentra entre 2 8482 y 5 6518



### Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES Informe de resumen



Estadísticas	Muestras individuales	
	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	9	4.75
IC de 90%	(7.709, 10.29)	(4.0567, 5.4433)
Desviación estándar	1.9272	1.0351

Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	4.25
IC de 90%	(2.8482, 5.6518)

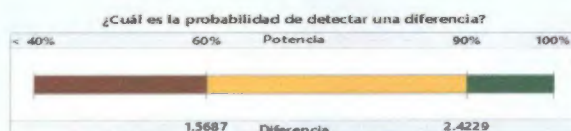
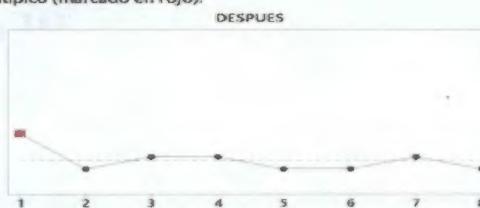
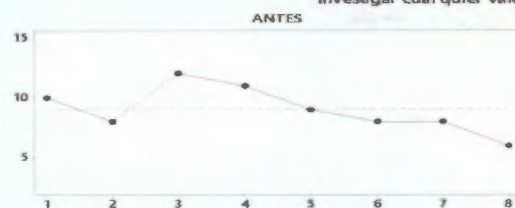
\*Diferencia = ANTES - DESPUES

#### Comentarios

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es mayor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 2.8482 y 5.6518, y una seguridad de 95% de que es mayor que 2.8482.

### SENTIMIENTOS DE ESTADO DE IRA, ANTES y DESPUES DE APLICADA LA TERAPIA Informe de diagnóstico

Orden de los datos en la hoja de trabajo  
Investigar cual quier valor atípico (marcado en rojo).



Para  $\alpha = 0.05$  y tamaños de muestra = 8:  
Si la media verdadera de ANTES fuera 1.5687 mayor que DESPUES, usted tendría una probabilidad de 60% de detectar la diferencia. Si ANTES fuera 2.4229 mayor que DESPUES, tendría una probabilidad de 90%.

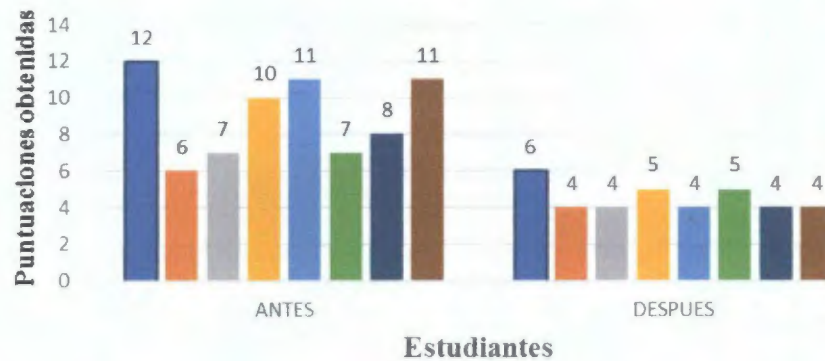
¿Qué diferencia puede detectar con los tamaños de sus muestras de 8?	
Diferencia	Potencia
1.5687	60%
1.7936	70%
2.0571	80%
2.4229	90%

Diferencia observada = 4.25

La potencia es una función de los tamaños de las muestras y las desviaciones estándar. Para detectar diferencias más pequeñas, considere aumentar los tamaños de las muestras.

#### 4.3.3. Los niveles de expresión físicos y verbal de ira

**Gráfica 3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado-rasgo (STAXI-NA), en cuanto a la expresión física y verbal de la ira**



En la presente grafica nos presentan los niveles de expresión física y verbal antes y después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual, en la misma se observa que los niveles de expresión física y verbal disminuyen después de la aplicación del tratamiento, en donde tres estudiantes mantienen niveles moderados y cinco nulos.



**Cuadro 3** Interpretacion estadistica de los niveles de expresion fisica y verbal con una prueba 't' e IC de dos muestras antes y despues de la aplicada de la terapia cognitivo conductual

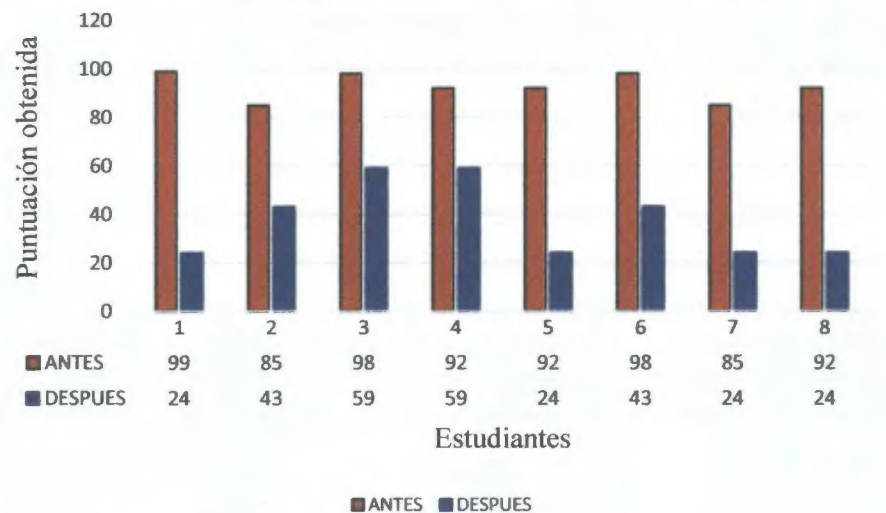
T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	9 00	2 27	0 80
DESPUES	8	4 500	0 756	0 27
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia 4 500				
Limite superior 95% de la diferencia 6 072				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 5 32 Valor p = 1 000 GL = 8				

En esta prueba de hipotesis utilizamos un nivel de significancia de 0 05 debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 1 000 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0 05 por lo que rechazamos nuestra hipotesis nula y se concluye que los niveles de expresion verbal y fisica que presentan los estudiantes de cuarto grados diagnosticados con el trastorno negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

La prueba 't' de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0 05 de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95% es decir 0 95 este intervalo nos indica que con base a los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de expresion fisica verbal de las dos muestras se encuentra entre 2 9284 y 6 0716 y una seguridad de 95% de que es mayor que 2 92 84

#### 4.3.4. Los niveles de temperamentos

**Gráfica 4. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el inventario de expresiones de ira estado-rasgo (STAXI-NA), según los niveles de temperamento de ira**



En esta gráfica se observan las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el inventario de expresiones de ira estado- rasgo (STAXI-NA), en el cual se comparan los niveles de temperamento de ira en las puntuaciones antes y después de recibir el tratamiento cognitivo conductual. En el mismo se observa que los niveles de temperamento después de aplicar el tratamiento disminuyen después de la aplicación de la terapia.

**Cuadro 4** Interpretacion estadistica de los niveles de temperamentos con una prueba t de IC de dos muestras antes y despues de la aplicada de la terapia cognitivo conductual

T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	92.63	5.55	2.0
DESPUES	8	37.5	15.6	5.5
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia 55.13				
Limite superior 95% de la diferencia 66.04				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 9.39 Valor p = 1.000 GL = 8				

Seleccionamos un valor denominado nivel de significancia antes de realizar una prueba de hipotesis y comparamos el valor (p) de la prueba t con el nivel de significancia. El valor (p) indica la probabilidad de obtener nuestros resultados si la hipotesis nula es verdadera. Si el valor (p) es igual o mayor que el nivel de significancia, rechazamos la hipotesis nula y concluimos que existe una diferencia en los niveles de temperamento antes y despues de la prueba.

Para nuestra prueba, utilizamos un nivel de significancia de 0.05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 1.000 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0.05 podemos aceptar la hipotesis nula. Los niveles de temperamento que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido. La prueba t de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos. Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05 de modo que Minitab nos

proporciona un intervalo de confianza de 95%; es decir, 0.95, este intervalo nos indica que, con base en los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de temperamento, de las dos poblaciones se encuentra entre 44.209 y 66.041 y una seguridad que es mayor a 44.209.

#### NIVELES DE TEMPERAMENTO, ANTES y DESPUES APLICADA LA TERAPIA Informe de resumen



Estadísticas	Muestras individuales	
	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	92.625	37.5
IC de 90%	(88.91, 96.34)	(27.018, 47.982)
Desviación estándar	5.5533	15.648

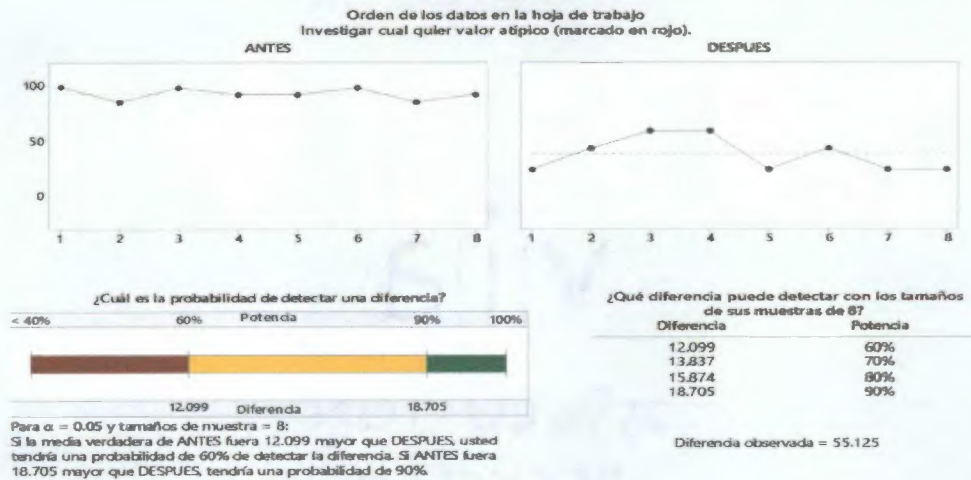
Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	55.125
IC de 90%	(44.209, 66.041)

\*Diferencia = ANTES - DESPUES

**Comentarios**

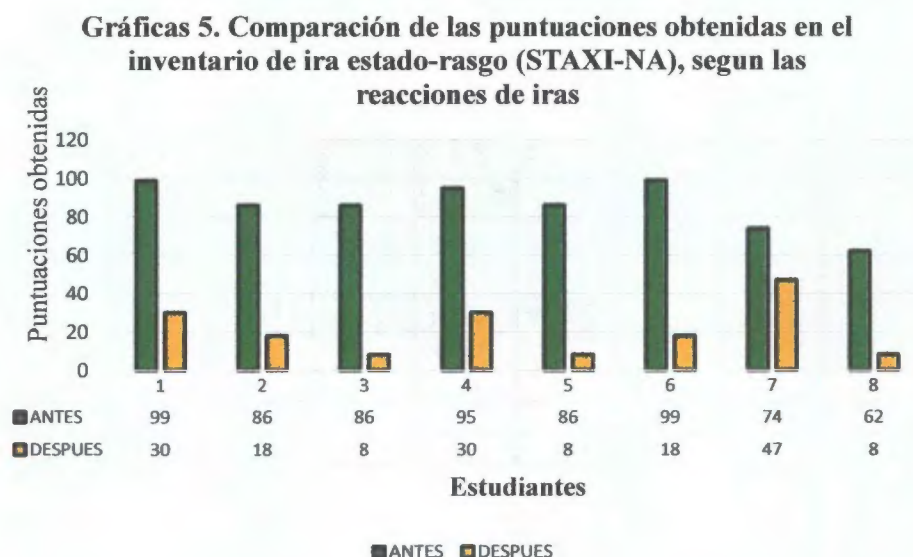
- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es mayor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 44.209 y 66.041, y una seguridad de 95% de que es mayor que 44.209.

#### NIVELES DE TEMPERAMENTO, ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de diagnóstico



La potencia es una función de los tamaños de las muestras y las desviaciones estándar. Para detectar diferencias más pequeñas, considere aumentar los tamaños de las muestras.

#### 4.3.5. Reacción de ira



En esta grafica se puede observar las puntuaciones obtenidas en el inventario de ira estado-rasgo según los niveles de reacción de ira obtenidos por los estudiantes de cuarto grados diagnosticados con el trastorno negativista desafiante antes y después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual. En la misma se evidencia una disminución en los puntajes obtenidos después de la aplicación de la terapia, lo que nos indica que después de la aplicación de la terapia los estudiantes reflejaron poseer bajos niveles de reacción de ira.

**Cuadro 5** Interpretacion estadistica de los niveles de reaccion de ira con una prueba T e IC de dos muestras reaccion de ira, antes despues de la terapia

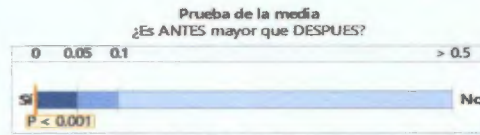
T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	85.9	12.8	4.5
DESPUES	8	20.9	14.0	4.9
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia 65.00				
Limite superior 95% de la diferencia 76.84				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 9.72 Valor p = 1.000 GL = 13				

Para nuestra prueba utilizamos un nivel de significancia de 0.05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 1.000 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0.05 por lo que rechazamos la hipotesis nula y se llega a la conclusion de que la reaccion de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

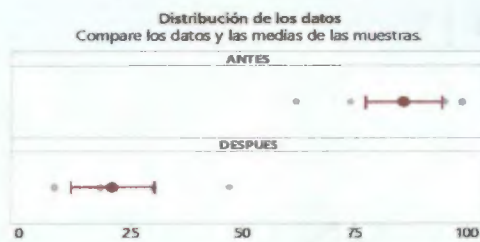
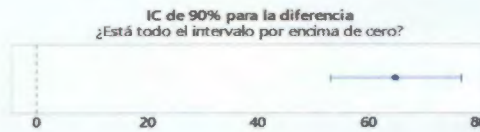
La prueba t de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos. Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05 de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95% es decir 0.95 este intervalo nos indica que con base en los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de reaccion de ira, se puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 53.163 y 76.837 y una seguridad de 95% de que es mayor que 53.163



# REACCION DE IRA; Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de resumen



La media de ANTES es significativamente mayor que la media de DESPUES ( $p < 0.05$ ).



Estadísticas	Muestras individuales	
	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	85.875	20.875
IC de 90%	(77.33, 94.42)	(11.529, 30.221)
Desviación estándar	12.755	13.953

Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	65
IC de 90%	(53.163, 76.837)

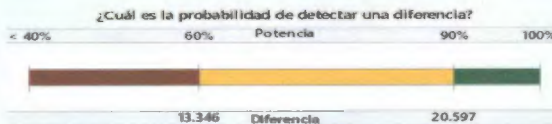
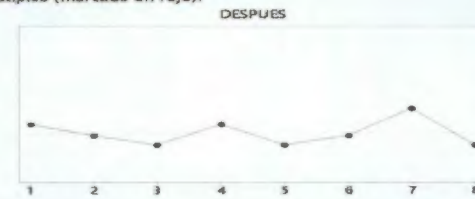
\*Diferencia = ANTES - DESPUES

## Comentarios

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es mayor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 53.163 y 76.837, y una seguridad de 95% de que es mayor que 53.163.

# REACCION DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de diagnóstico

Orden de los datos en la hoja de trabajo  
Investigar cuál quier valor atípico (marcado en rojo).



Para  $\alpha = 0.05$  y tamaños de muestra = 8:  
Si la media verdadera de ANTES fuera 13.346 mayor que DESPUES, usted tendría una probabilidad de 60% de detectar la diferencia. Si ANTES fuera 20.597 mayor que DESPUES, tendría una probabilidad de 90%.

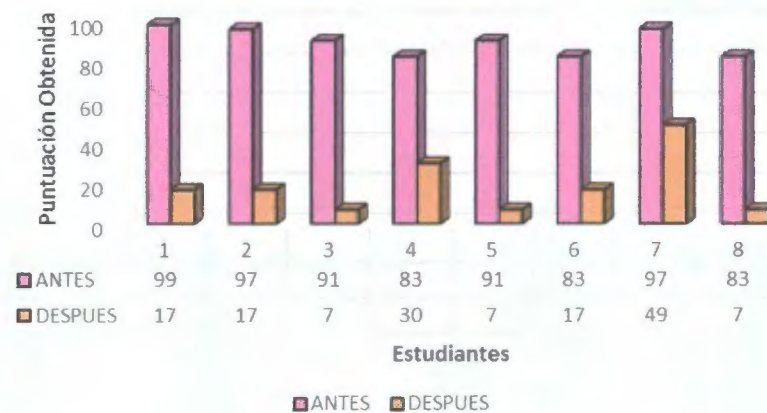
¿Qué diferencia puede detectar con los tamaños de sus muestras de 8?	
Diferencia	Potencia
13.346	60%
15.296	70%
17.493	80%
20.597	90%

Diferencia observada = 65

La potencia es una función de los tamaños de las muestras y las desviaciones estándar. Para detectar diferencias más pequeñas, considere aumentar los tamaños de las muestras.

#### 4.3.6. Los niveles de expresión externa de ira

**Gráfica 6. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA), según los niveles de expresión externa de ira**



La siguiente grafica nos presenta los puntajes obtenidos en cuanto a los niveles de expresión externa de ira obtenido en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA) por los estudiantes de cuarto grados diagnosticados con el trastorno negativista antes y después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual, en la cual se observa una disminución de los puntajes después de la aplicación de la terapia lo que nos lleva a concluir que los estudiantes poseen bajos niveles de expresión externa de ira.



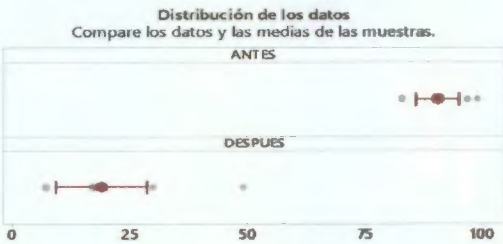
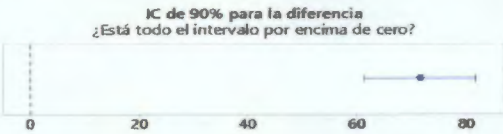
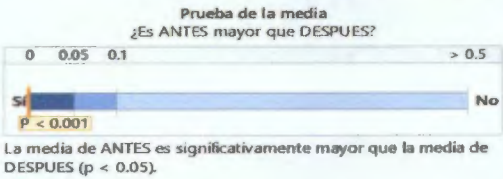
**Cuadro 6** Interpretacion estadistica de los niveles de expresion externa de ira con la prueba T e IC de dos muestras antes despues

T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	90.50	6.82	2.4
DESPUES	8	18.9	14.5	5.1
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia 71.63				
Limite superior 95% de la diferencia 81.99				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 12.67 Valor p = 1.000 GL = 9				

Para nuestra prueba utilizamos un nivel de significancia de 0.05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor p de 1.000 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0.05 podemos rechazar la hipotesis nula y concluimos que la expresion externa de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

La prueba 't' de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos. Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05 de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95% es decir 0.95 este intervalo nos indica que con base en los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de expresion externa de ira, se puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 61.259 y 81.991 y una seguridad de 95% de que es mayor que 61.259

EXPRESION EXTERNA DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA  
Informe de resumen



Muestras individuales		
Estadísticas	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	90.5	18.875
IC de 90%	(85.93, 95.07)	(9.1851, 28.565)
Desviación estándar	6.8243	14.466

Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	71.625
IC de 90%	(61.259, 81.991)
*Diferencia = ANTES - DESPUES	

Comentarios

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es mayor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 61.259 y 81.991, y una seguridad de 95% de que es mayor que 61.259.

#### 4.3.7. Los niveles de expresión interna de ira



En la presente grafica se observan las puntuaciones obtenidas por los estudiantes en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA) antes y después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en cuanto a los niveles internos de ira, en la misma se visualiza una disminución en la puntuación obtenida después de la aplicación del tratamiento a lo que concluimos que los estudiantes disminuyeron significativamente los niveles de ira interna después del tratamiento.

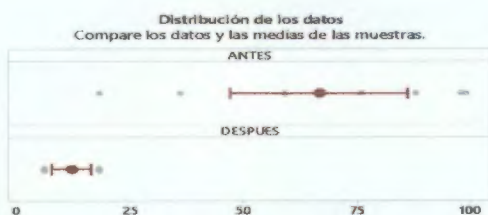
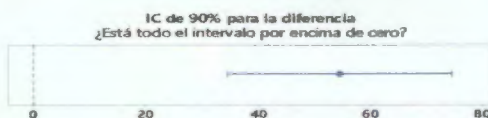
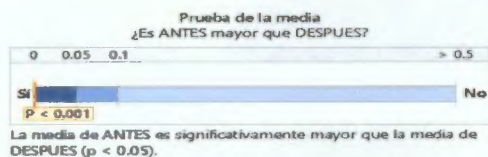
**Cuadro 7** Interpretacion estadistica de los niveles de expresion interna de ira con la prueba T e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion del tratamiento

T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	66.6	29.3	10
DESPUES	8	12.00	6.41	2.3
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia 54.6				
Limite superior 95% de la diferencia 74.7				
Prueba T de diferencia = 0 (vs <) Valor T = 5.16 Valor p = 0.999 GL = 7				

Para nuestra prueba utilizamos un nivel de significancia de 0.05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor p de 0.9999 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0.05 por lo tanto rechazamos la hipotesis nula y concluimos que los niveles de expresion interno de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran menores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

La prueba 't' de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05 de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95% es decir 0.95 este intervalo nos indica que con base en los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de expresion interno de ira, se puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 34.556 y 74.694 y una seguridad de 95% de que es mayor que 34.556

# EXPRESION INTERNO DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de resumen



Estadísticas	Muestras individuales	
	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	66.625	12
IC de 90%	(47.02, 86.23)	(7.7035, 16.297)
Desviación estándar	29.267	6.4143

Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	54.625
IC de 90%	(34.556, 74.694)

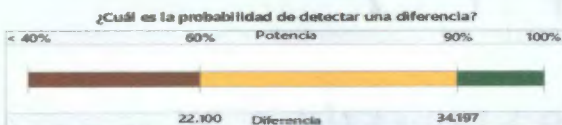
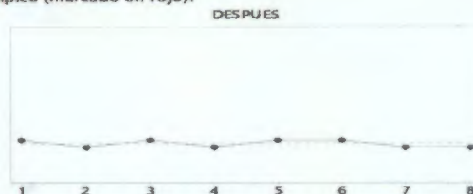
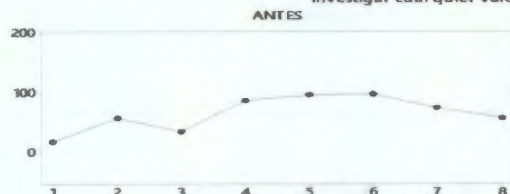
\*Diferencia = ANTES - DESPUES

## Comentarios

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es mayor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre 34.556 y 74.694, y una seguridad de 95% de que es mayor que 34.556.

# EXPRESION INTERNO DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de diagnóstico

Orden de los datos en la hoja de trabajo  
Investigar cual quier valor atípico (marcado en rojo).



Para  $\alpha = 0.05$  y tamaños de muestra = 8:  
Si la media verdadera de ANTES fuera 22.100 mayor que DESPUES, usted tendría una probabilidad de 60% de detectar la diferencia. Si ANTES fuera 34.197 mayor que DESPUES, tendría una probabilidad de 90%.

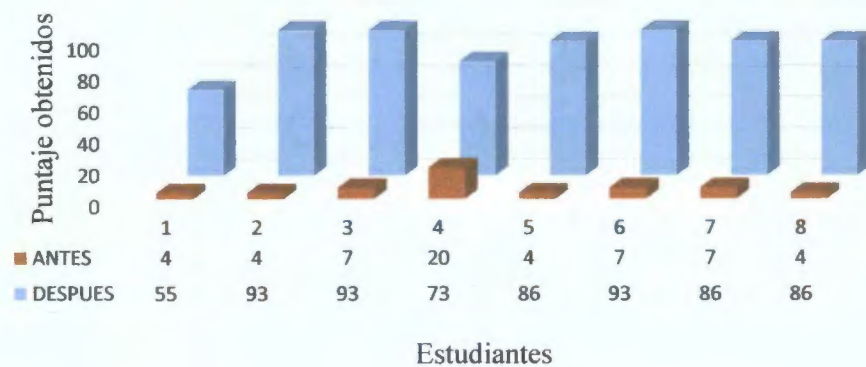
¿Qué diferencia puede detectar con los tamaños de sus muestras de 8?	
Diferencia	Potencia
22.100	60%
25.281	70%
29.010	80%
34.197	90%

Diferencia observada = 54.625

La potencia es una función de los tamaños de las muestras y las desviaciones estándar. Para detectar diferencias más pequeñas, considere aumentar los tamaños de las muestras.

#### 4.3.8. Los niveles de control externo

**Gráfica 7. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA), según los niveles de control externo de ira**



En la siguiente grafica se observa las puntuaciones de los niveles de control externo obtenidas en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA) por los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante antes y después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual. La misma nos muestra que después del tratamiento los puntajes aumentan significativamente.

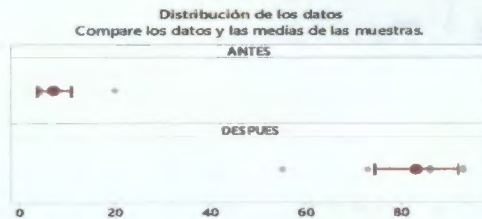
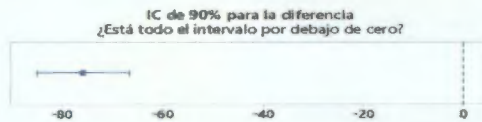
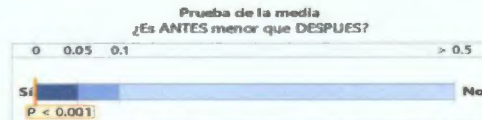
**Cuadro 8** Interpretacion estadistica de los niveles de control de ira con una prueba Te IC de dos muestras antes y despues del tratamiento cognitivo conductual

T DE DOS MUESTRAS PARA ANTES VS DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	7.13	5.41	1.9
DESPUES	8	83.1	13.2	4.7
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia -76.00				
Limite inferior 95% de la diferencia -85.22				
Prueba T de diferencia = 0 (vs >) Valor T = 15.12 Valor p = 1.000 GL = 9				

Se utilizo un nivel de significancia de 0.05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 1.000 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0.05, lo que nos lleva a rechazar nuestra hipótesis nula y se llego a la conclusion de que los niveles de control externo de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran mayores despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido. La prueba 't' de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos. nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05 de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95% es decir 0.95 este intervalo nos indica que con base en los datos de la muestra podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de control externo de ira, se puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre -85.217 y -66.783 y una seguridad de 95% de que es menor que -66.783.



# CONTROL EXTERNO DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de resumen



Muestras individuales		
Estadísticas	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	7.125	83.125
IC de 90%	(3.501, 10.75)	(74.315, 91.935)
Desviación estándar	5.4100	13.152

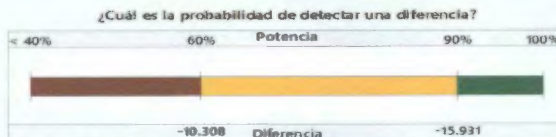
Diferencia entre muestras	
Estadísticas	*Diferencia
Diferencia	-76
IC de 90%	(-85.217, -66.783)
*Diferencia = ANTES - DESPUES	

**Comentarios**

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es menor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre -85.217 y -66.783, y una seguridad de 95% de que es menor que -66.783.

## CONTROL EXTERNO DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de diagnóstico

Orden de los datos en la hoja de trabajo  
Investigar cual quier valor atípico (marcado en rojo).



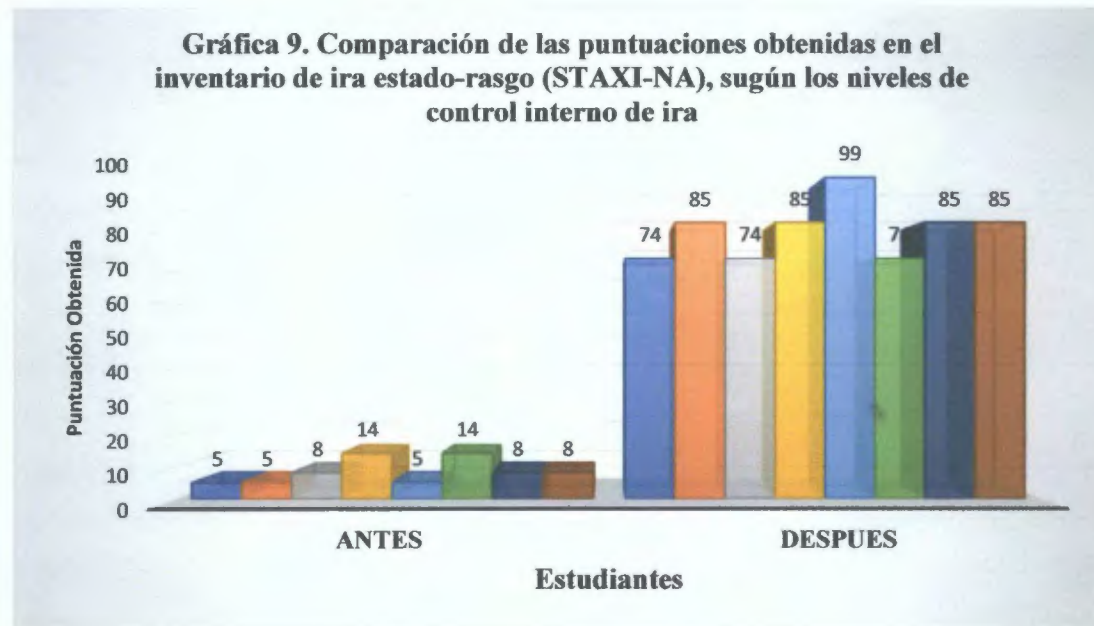
¿Qué diferencia puede detectar con los tamaños de sus muestras de 8?	
Diferencia	Potencia
-10.308	60%
-11.788	70%
-13.522	80%
-15.931	90%

Diferencia observada = -76

La potencia es una función de los tamaños de las muestras y las desviaciones estándar. Para detectar diferencias más pequeñas, considere aumentar los tamaños de las muestras.



#### 4.3.9. Control interno de ira



En esta gráfica se presentan los resultados de los niveles de control de ira obtenidos por los estudiantes de cuarto grado, en el inventario de ira estado-rasgo (STAXI-NA), antes y después de la aplicación de la terapia cognitiva conductual. En la misma se observa altos puntajes en los resultados después de la aplicación de la prueba lo que nos indica que los estudiantes obtuvieron altos niveles de control interno de ira.

**Cuadro 9** Interpretacion estadistica de los niveles de control interno con la prueba T e IC de dos muestras antes y despues de la aplicacion de la terapia

PRUEBA T E IC DE DOS MUESTRAS ANTES, DESPUES				
	N	Media	Desv Est	Error estandar de la media
ANTES	8	8.38	3.74	1.3
DESPUES	8	82.63	8.57	3.0
Diferencia = $\mu$ (ANTES) - $\mu$ (DESPUES)				
Estimacion de la diferencia -74.25				
Limite inferior 95% de la diferencia -80.31				
Prueba T de diferencia = 0 (vs >) Valor T = 22.46 Valor p = 1.000 GL = 9				

Se utilizamos un nivel de significancia de 0.05 que es bastante comun debido a que nuestros datos generaron un valor (p) de 1.000 que es mayor que nuestro nivel de significancia de 0.05 lo que nos lleva a rechazar nuestra hipotesis nula y concluir que los niveles de control interno de ira que presentan los estudiantes de cuarto grado diagnosticados con trastornos negativista desafiante seran mayores después de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

La prueba 't' de 2 muestras tambien crea un intervalo de confianza que nos proporciona mas detalles sobre la diferencia entre los grupos. Nuestros datos se analizaron con un nivel de significancia de 0.05 de modo que minitab nos proporciona un intervalo de confianza de 95% es decir 0.95 este intervalo nos indica que con base en los datos de la muestra, podemos estar 95% seguros de que la diferencia media en los niveles de control interno de ira, se puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre -80.309 y -68.191 y una seguridad de 95% de que es menor que -68.191

# CONTROL INTERNO DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de resumen



Estadísticas	Muestras Individuales	
	ANTES	DESPUES
Tamaño de la muestra	8	8
Media	8.375	82.625
IC de 90%	(5.870, 10.88)	(76.886, 88.364)
Desviación estándar	3.7393	8.5680

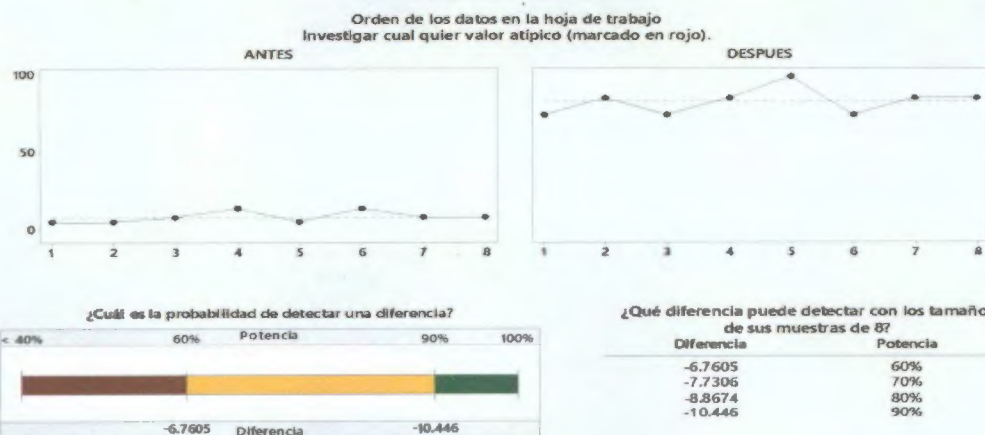
Estadísticas	Diferencia entre muestras	
	*Diferencia	
Diferencia	-74.25	
IC de 90%	(-80.309, -68.191)	

\*Diferencia = ANTES - DESPUES

## Comentarios

- Prueba: Usted puede concluir que la media de ANTES es menor que DESPUES en el nivel de significancia de 0.05.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 90% de que la diferencia verdadera se encuentra entre -80.309 y -68.191, y una seguridad de 95% de que es menor que -68.191.

# CONTROL INTERNO DE IRA: Prueba t de 2 muestras para la media de ANTES y DESPUES DE LA TERAPIA Informe de diagnóstico



Para  $\alpha = 0.05$  y tamaños de muestra = 8:  
Si la media verdadera de ANTES fuera 6.7605 menor que DESPUES, usted tendría una probabilidad de 60% de detectar la diferencia. Si ANTES fuera 10.446 menor que DESPUES, tendría una probabilidad de 90%.

Diferencia observada = -74.25

La potencia es una función de los tamaños de las muestras y las desviaciones estándar. Para detectar diferencias más pequeñas, considere aumentar los tamaños de las muestras.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA**

## 5 1 Conclusiones

Una vez culminada nuestra investigacion y analizado cada una de nuestras hipotesis se llevo a las siguientes conclusiones

- 1 En cuanto a los resultados obtenidos mediante el instrumento aplicado nos reafirma que el tratamiento cognitivo conductual fue efectivo en el autocontrol de la conducta agresiva en estudiantes de cuarto grado diagnosticados con el trastorno negativista desafiante del Centro Educativo Manuela H de Perez
- 2 Los niveles de agresividad en los estudiantes de cuarto grado diagnosticado con el trastorno negativista desafiante disminuyeron despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual
- 3 Despues del tratamiento el grupo de estudiante mejoro positivamente en todas las dimensiones evaluadas por el instrumento (reaccion de ira expresion externa e interna de ira, control externo e interno de ira)
- 4 Se mostraron resultados positivos y significativos en las dimensiones de control externo e interno de la ira en los estudiantes Lo que nos indica que los mismos lograron controlar los niveles de agresividad despues del tratamiento que antes de su participacion en el mismo
- 5 Durante el tratamiento se hizo mayor enfasis en las sesiones de relajacion y expresiones adecuadas de ira obteniendo resultados positivos
- 6 Los estudiantes identificaron que sus pensamientos y sentimientos en muchas ocasiones son distintos a los demas pero no por eso ellos son menos o mas que los otros
- 7 Los estudiantes reconocieron que los sentimientos varian de intensidad y que ellos tienen el poder de controlarlos

- 8 Aprendieron a desarrollar conductas alternas que pueden poner en practica ante una situacion donde necesiten expresar emociones
- 9 El personal docente del Centro Educativo Manuela H de Perez no cuenta con herramientas y tecnicas para el manejo de conductas agresivas dentro del salon de clases

\

## **5 2 Recomendaciones**

- 1 Se considera conveniente que para futuras investigaciones se establezcan las diferencias existentes a nivel sexual en el autocontrol de la agresividad entre los niños y niñas
- 2 Que se realice este mismo estudio con adolescentes a fin de confirmar los resultados obtenidos y así realizar las adecuaciones pertinentes
- 3 Promover la implementación de intervenciones a nivel clínica en el área educativa con la implementación de programas de terapia para el autocontrol de conductas agresivas dentro de los centros educativos
- 4 Implementar escuelas para padres con el objetivo de brindarles herramientas y técnicas para el manejo de conductas agresivas
- 5 Dotar a los docentes de técnicas y herramientas que les ayude a manejar correctamente las conductas agresivas dentro de los salones de clases

### 5.3 Bibliografía

#### Libros

- ✓ Herbert Martin (1983) Trastorno de la conducta en la infancia y la adolescencia 1ra ed Barcelona Buenos Aires Ediciones Paidós
- ✓ Hernandez S R y Otros (2006) Metodología de la investigación (4ª ed) México Editorial Mc Graw Hill
- ✓ Merani Alberto L (1977) Diccionario de Psicología 1ra ed Barcelona Editorial Grijalbo S A
- ✓ Millan Miguel A y Serrano S (2002) Psicología y Familia 1ra ed España Careta Española
- ✓ PAPALIA Diane E (2003) Desarrollo Humano / Diana E Papalia, Sally Weendkos Olds y Tuth Duskín Feldman Traducido por Ona Jurksaitis Lukaskis y German Alberto Villamizar Colombia Mc Graw Hills
- ✓ Sarason Irwin G y otros (1996) Psicología Anormal El problema de la conducta inadaptada 7ª ed México Prentice Hall Hispanoamericana S A
- ✓ Scharfetler Ch (1998) Introducción a la psicopatología general 3ra ed Madrid Ediciones Morata
- ✓ Train Alan (2004) La agresividad en niños y niñas 2da ed Madrid España Narcea, S A de Ediciones Madrid
- ✓ Train Alan (2004) Agresividad en niños y niñas Ayuda Tratamientos apoyos en la familia y en la escuela Madrid Narcea S A de Ediciones Madrid
- ✓ Averill J (1983) Studies on anger and aggression implications for theories of emotion American Psychologist 38 1145 1160
- ✓ Barahona, L (2007) Frequency and direction of competitive anger in contact sports Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 67



- ✓ Bleichmar G (2007) The Differences in Sport Aggression Life Aggression and Life Assertion among Adult Male and Female Collision Contact and Non Contact Sport Athletes Journal of Sport Behavior 30 (1) 101
- ✓ Braham S y Martinez H S (2008) Psychological predictors of heart disease a quantitative review Psychological Bulletin 101 343 362
- ✓ Castellero D (2008) Effect of traditional judo training on aggressiveness among young boys Perceptual and Motor Skills 34
- ✓ Cosgrove P y Krinsky W (2012) Anger in adolescents Sex ethnicity age differences and psychometric properties Nursing Research 52 2 11
- ✓ Del Barrio V Aluja, A y Spielberger C (2004) Anger assessment with the STAXI CA psychometric properties of a new instrument for children and adolescents Personality and Individual Differences 37 (2) 227 244
- ✓ Echeburua, S (2014) School based violence programs prevention systematic review of secondary prevention trials Archives of Pediatric Adolescent Medicine 156 752 762
- ✓ Faucult H (2009) Preliminary Validation of a Chinese Version of the State Trait Anger Expression Inventory 2 Asian Journal of Social Psychology 196
- ✓ Figueroa, C Dominguez B y Saucedo N (2006) State trait anger expression inventory psychometric properties Methodologie European Journal of Cardiovascular Prevention y Rehabilitation 13 S49
- ✓ Gomes da Silva, E y Valdes H (2000) Manifestação de comportamentos agressivos em praticantes de artes marciais Recuperado en agosto de 2009 de [http //www efdeportes com/efd25/artesm htm](http://www.efdeportes.com/efd25/artesm.htm) Digital Buenos Aires Año 5–No 25
- ✓ Gueri J (2015) Competitive martial arts and aggressiveness A 2 yr longitudinal study among young boys Perceptual and Motor Skills 98(1) 103 115
- ✓ Johnson R (1972) La Agresion Mexico Mexico Manual Moderno

- ✓ Miguel Tobal J Casado M Can Vindel A y Spielberger C (2001) Inventario de Expresion de la Ira Estado Rasgo STAXI 2 Madrid España TEA Ediciones
- ✓ Miranda, O (1996) Anger and optimal performance in karate An application of the IZOF Model Dissertation University of Jyvaskyla, Finlandia
- ✓ Moscoso S (2000) Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresion de la Colera y la Hostilidad Revista Latinoamericana de Psicologia 32 (2) 321 343
- ✓ Patterson L (1982) Perceived impact of anger and anxiety on sporting performance in rugby players Psychology of Sport and Exercise 34
- ✓ Perez Nieto M Gonzalez H y Redondo M (2007) Procesos basicos en una aproximacion cognitivo conductual a los trastornos de personalidad Clinica y Salud 18 401 423
- ✓ Pinel J (2007) Biopsicologia, 6ta edicion 2007 Pearson Addison Wesley
- ✓ Spielberger C (1988) State trait anger expression inventory professional manual Odessa FL Psychological Assessment Resources
- ✓ Toledo M y Rodriguez H (2004) A aprendizagem do judo e os niveis de raiva e agressividade Recuperado en agosto de 2009 de [http //www efdeportes com/efd31/raiva htm](http://www.efdeportes.com/efd31/raiva.htm) Buenos Aires Año 6 – No 31
- ✓ Weiss C (1978) State trait anger expression inventory professional manual Odessa FL Psychological Assessment Resources

## **MANUAL**

- ✓ Asociación Americana de psiquiatría (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) 5ª ed Arlington Editorial Panamericana
- ✓ Mendoza G Brenda (2010) Manual de autocontrol del enojo Tratamiento Cognitivo – Conductual – México Editorial El Manual Moderno
- ✓ Spilberger C D (2009) Inventario de expresión de ira estado – rasgo en niños y adolescentes 2da ed Madrid España Tea ediciones

## **TESIS**

- ✓ Bravo H Eneida (2006) Efecto de un programa de modificación conductual para el manejo de conductas agresivas en niños de educación inicial (Tesis de Psicología) Universidad Nacional Abierta, Santa Ana de Coro Venezuela
- ✓ Contreras Abdel A (2009) Efecto del programa de intervención grupal psicológico para el entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes diagnosticados con TND (Tesis en psicología clínica) Universidad de Panamá Ciudad de Panamá
- ✓ GUERRERO Jose Ivan (2002) Intervención de la conducta agresiva en niños enfoque cognitivo conductual (Tesis de maestría en psicología clínica) Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá
- ✓ Howard P Richar (2001) Terapia Cognitivo Conductual para la reducción de la conducta agresiva en niños con trastorno por déficit atencional e hiperactividad (Tesis en psicología clínica) Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá
- ✓ Pasantez Janeth J (2007) Terapia cognitiva en el trastorno de niños agresivos (Tesis de Psicología) Universidad del Azway México

## **INFOGRAFIA**

- ✓ Carrasco O Miguel A y Gonzalez C Jose M (2006) Aspectos conceptuales de la agresión Definición y modelos explicativos Universidad Nacional de Educación a Distancia

- ✓ Chapí M Jorge L (2012) Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad  
Revista electronica de psicología Iztacala Universidad Autonoma de Mexico
- ✓ Cid H Patricia y otros (2008) Agresion y violencia en las escuelas como factor de  
riesgo del aprendizaje escolar Departamento de psicologia Universidad de  
Concepcion Chile
- ✓ Rizo R Ana B (2014) Intervencion cognitivo – conductual en el caso de trastorno  
negativista desafiante en un adolescente Revista de psicologia clinica con niños y  
adolescentes
- ✓ Ruiz D Maria V y otros (2010) Trastorno de Conducta El Trastorno negativista  
desafiante Revista digital innovacion y experiencia educativa Granada

***ANEXOS***

**Características Principales De La Muestra En Estudio (Estudiantes Diagnosticados Con El Trastorno Negativista Desafiante Del Centro Educativo Manuela H De Perez)**

CASO 1	CASO 2
<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre L M F N 2 4 2006 Edad 9 7 Sexo M F Evaluacion 24 11-15</p>	<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre R H F N 15 3 2006 Edad 9 8 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>El estudiante cursa el cuarto grado el cual se encuentra repitiendo Pertenece a una familia desintegrada de bajo nivel socio economico es hijo unico por parte de la madre</p> <p>Su padre se encuentra en situacion penitenciaria y no posee ningun tipo de relacion sentimental con el mismo ya que los abandono al nacer</p> <p>En su corta edad ha cambiado casa en varias ocasiones Actualmente vive con su madre con la cual no tiene buena relacion ya que el mismo crecio con su abuela materna a la cual considera su verdadera madre</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>Pertenece a una familia integrada por el padre de 33 años con estudios primarios completos la madre de 32 años con estudios primarios incompletos dos hijos el propio niño y su hermana de 5 años</p> <p>Segun la madre del menor a pesar de vivir con el padre de sus hijos no mantienen una buena comunicacion ya que su pareja constantemente la desautoriza delante de sus hijos y en especial de R H constantemente le dice que se defienda de sus compañeros cuando le hacen algo lo que es motivo de peleas entre los padres</p> <p>El padre solo esta en casa los fines de semana ya que trabaja por Santa Fe cuidando una finca y solo pasa los fines de semana con sus hijos</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>En cuanto antecedentes familiares por linea materna su abuela padece de azucar en la sangre e hipertension y por linea paterna su abuelo era portador de anemia falciforme</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>Manifiesta la madre que la abuela materna padece del corazon de la cual debe estar pendiente Ella despues del parto de su hija ha padecido de crisis de depresion en las cuales hay semana que no tiene animos de hacer nada</p> <p>Por parte del padre su abuelo padece de hipertension y un tio alcoholico</p>

<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>Manifiesta la madre que durante todo su embarazo presento problemas con su pareja (padre del menor) y que en el ultimo trimestre tuvo una discusion muy fuerte que la llevo al hospital se le subio la presion y le tuvieron que practicar una cesarea de urgencia</p> <p>En cuanto a su desarrollo psicomotor segun la madre se desarrollo de manera normal No ha sido un niño enfermizo</p>	<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>En cuanto a su embarazo y parto sin complicaciones excepto vomitos en el primer trimestre Peso y talla al nacer normal</p> <p>Desarrollo del lenguaje y la comunicacion normal Actualmente su desarrollo físico y su estado de salud general son buenos La madre cuenta que de pequeño comia casi de pie y habia que entretenerle para que se quedara quieto y cuando queria algo presentaba episodios de berrinches</p>
<p>ψ <b><u>CONDUCTAS</u></b></p> <p>L M manifiesta sentirse incomprendido atacado constantemente por sus compañeros maestros y por su mama Es agresivo verbalmente con profesores y familiares Se la pasa peleando con sus compañeros de clases a los cuales los molesta y les daña sus utiles escolares</p> <p>Al ser repetidor ha adoptado un papel dominante agresivo y disruptivo</p> <p>Presenta una relacion desequilibrada con el sexo opuesto a las cuales constantemente insulta y le dice palabras obscenas</p> <p>El odio el rencor la rabia y la ira estan constantemente en su expresion</p>	<p>ψ <b><u>CONDUCTAS</u></b></p> <p>En cuanto a conductas dentro y fuera del aula de clases el estudiante ha presentado conductas disruptivas desde que ingreso a la escuela por los que ha sido hasta suspendido En clase discute con la maestra, molesta a sus compañeras constantemente se sale del salon de clases cuando a el le da la gana, irrespeto con palabras obscenas a los directivos del plantel</p> <p>En casa manifiesta la madre que obedece un poco a su padre y es la unica figura a la que le tiene respeto a ella no le obedece le grita que no la quiere se la pasa en la calle jugando con niños mas grande que el y no quiere realizar sus tareas</p>
<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>	<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>

CASO 3	CASO 4
<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre J A F N 24-6 2006 Edad 9 5 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>	<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre J M F N 8 8 2006 Edad 9 6 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>J A proviene de una familia disfuncional viven en la Barriada Don Bosco Su madre realiza trabajos eventuales limpiando casas y planchando los fines de semana</p> <p>El menor es el tercero de cuatro hermanos todos varones el padre nunca se hizo responsable de el y nunca han tenido ningun tipo de comunicacion situacion de la cual culpa a su madre y constantemente pregunta por su padre y que quiere conocerlo e irse con el</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>El menor J M es hijo unico vive con su madre alquilado en la barriada 26 de noviembre la madre es aseoadora en el centro de salud de Santiago</p> <p>La madre del menor comenta que su hijo vivió hasta los dos años con su abuela materna ya que cuando estuvo presa al igual que el padre quien se dedicaba a la venta de drogas y por ser su pareja tambien involucraron en el hecho Al salir convivio con madre padre e hijo por unos meses en cuanto salio su pareja padre del menor se fueron a vivir solos alquilados</p> <p>En el poco tiempo que estuvo conviviendo con padre del menor se dieron muchos episodios de malos tratos fisicos y verbales por parte de su pareja situaciones que su hijo presenciaba y decidió denunciarlo y desde entonces ha vivido solos</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>En cuanto a antecedentes de enfermedades medicas familiares la madre comenta que ella padece de presion alta y que por linea paterna desconoce algun tipo de enfermedad</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>La señora comenta que ella sufre de hipertension al igual que su madre por linea paterna desconoce algun tipo de antecedente de enfermedad medica</p>
<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>El menor nacido de parto natural pero con ayuda de forceps Desarrollo psicomotor normal segun la madre Controla esfinteres nocturnos a sus 6 años</p>	<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>Embarazo y parto por cesarea con complicacion ya que en el primer trimestre presento amenazas de aborto y el ultimo trimestre con presion alta</p>



<p>J A presenta cierta torpeza motriz patron de sueño bastante normalizado en ocasiones se despierta llorando asustado</p>	<p>En cuanto a su desarrollo psicomotor dentro de normal A sus tres años el menor se cayó dentro una letrina en casa de su abuela, motivo por el cual estuvo hospitalizados dos días en observación</p>
<p>ψ <b><u>CONDUCTA</u></b></p> <p>En cuanto a lo manifestado por la madre del menor comenta que de sus cuatro hijos el que ha tenido un carácter fuerte y que discute por todos ha sido su hijo J A desde tempranas edades sin importarle la edad de la persona con la discute y que a ella en muchas ocasiones le ha faltado el respeto en la calle delante de otras personas</p> <p>Los primeros informes escolares determinan que el menor ha presentado una mala adaptación a la escuela y que constantemente lo ven discutir con sus maestros y compañeros los amenaza, les grita y se sale del salón conductas que lo han llevado a tener un bajo rendimiento académico</p>	<p>ψ <b><u>CONDUCTA</u></b></p> <p>El menor ha presentado actitudes agresivas oposicionistas dentro y fuera del salón de clases ante sus profesores y otros adultos del colegio</p> <p>Presenta reacciones violentas ante fracasos exigencias Además se niega a responder preguntas que no son de su agrado No se relaciona adecuadamente con sus compañeros lo que ocurre desde la etapa preescolar Por otra parte el menor evita el contacto ocular al hablar con un adulto cuando le llame la atención y dirige su mirada hacia abajo</p> <p>Muestra mucha dificultad para ejecutar tareas cuando se le solicitan</p> <p>Presenta juego solitario Desde hace dos años aproximadamente el niño no soporta que nadie le dé un beso ni siquiera la madre</p>
<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>	<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>

CASO 5	CASO 6
<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre M R F N 16 2 2006 Edad 9 9 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>	<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre K P F N 15 5 2006 Edad 9 6 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>El estudiante en estudio cursa el cuarto grado proviene de un hogar funcional vive con su padre madre y hermanos M R es el segundo de tres hermanos viven Barriada Urraca en Santiago</p> <p>En cuanto a las relaciones de familia manifiesta la madre del menor que las considera normal y que los conflictos surgen por el comportamiento de M R quien constantemente esta de peleas con sus hermanos y que discute con su pareja por no ayudarla a corregir esos incidentes ya que con el padre las relaciones entre ellos no es del todo mala tomando en cuenta que entre semana no pasa tiempo con ellos debido a su trabajo</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>Refiere la madre del menor K P que es hijo unico y que viven en la Barriada Don Bosco ella el padrastro y su hijo Ella considera que actualmente se estan dando muchos problemas de comunicacion por causa de la conducta de su hijo La relacion entre su hijo y el padrastro es pesima constantemente discuten y no se soportan</p> <p>La madre manifiesta que a su hijo le encanta irse con su padre los fines de semana y que a su regreso su conducta es peor no obedece a nadie y la culpa de no vivir con su padre</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>La madre del menor comenta que sus abuelos tanto maternos como paternos padecen de hipertension y diabetes Y que el padre de M R ya ha presentado varias crisis de azucar alta por la cual tiene que tener una dieta especial</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>Segun la madre por linea materna solo su madre padece de hipertension y que por linea materna desconoce algun antecedente medico ya que es poca la comunicacion que tiene con la familia del padre</p>
<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>La madre de M R no presento problemas en el embarazo y parto M R no ha sufrido ningun tipo de enfermedad en la infancia temprana ni tampoco ha sufrido ningun accidente ni intervencion quirurgica Duerme un total de 8 horas aunque la madre informa que en las ultimas semanas se despierta antes y cansado</p>	<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>En relacion con el periodo de embarazo parto y desarrollo psicomotor de K P se llevo de manera normal</p> <p>A los 8 años le extirparon las amígdalas y en cuanto a enfermedades, no ha presenta ninguna actualmente ni ha padecido de ninguna grave con anterioridad</p>

	<p>Su madre considera que tiene un buen apetito en alguna ocasion ha tenido epocas de no quiere comer y querer bajar de peso No presenta problemas de sueño ya que suele dormir de forma ininterrumpida entre 8 y 9 horas diarias</p>
<p>ψ <b><u>CONDUCTAS</u></b></p> <p>La madre informa que hace un par de años que su hijo viene mostrando un comportamiento difícil tanto en el ambito escolar como en el familiar Desobedece de manera reiterada todo lo que se le ordena, discute constantemente con ella y su hermano y siempre esta a la defensiva Comenta que desde pequeño ha sido un niño especial pero desde hace un tiempo para aca la conducta ha ido de mal en peor al igual que en la escuela, desde hace unos meses la maestra se pone en contacto con la madre para informarle de los comportamientos negativos que ha tenido y de las quejas de otros docentes En cuanto a los comportamientos agresivos presentados en el centro educativos se detallan los siguientes molestar a los compañeros peleas quitar el material escolar a sus compañeros etc Su maestra justifica su bajo rendimiento escolar a que no obedece y se niega a seguir sus indicaciones</p> <p>En el ambito familiar las peleas son principalmente con el hermano menor La madre explica que cualquier motivo es excusa para iniciar una pelea, sus juegos son pelearse</p> <p>El principal problema es que no obedece cuando se le da una orden al momento de hacer los deberes y el de ir a dormir son los peores del dia, ya que hasta que no se enfada y lo amenaza con castigos M R no reacciona y que la unica forma de controlarlo es a traves de castigos de forma que consigue a corto plazo controlar el comportamiento negativo pero en cuanto puede vuelve a comportarse de manera disruptiva</p>	<p>ψ <b><u>CONDUCTAS</u></b></p> <p>La madre de K P considera que desde los 3 años ya se le observaba a su hijo un caracter dominante ya que cuando el queria algo o que se hiciera los que el queria presentaba pataletas y por mas que se le castigara no obedecia A su inicio en el pre kinder y kinder la maestra se quejaba que no dejaba a sus compañeros hacer las actividades y que cuando lo llamaban la atencion se salia del salon y nadie lo podia hacer entrar en razon</p> <p>Cada vez que iba aumentando de grado asi tambien su mala conducta y las quejas de los maestros que lo atendian Se la pasaba molestando a sus compañeros le tiraba los utiles escolares al tinaco de la basura se burla de las niñas cuando los maestros le llaman la atencion les responde con groseria y se sale del salon en ocasiones le ha llegado a pegar a niños mas pequeños que el La encanta llevarle la contraria a todo el mundo tanto en la escuela como en casa</p> <p>Sus primos no quieren jugar con el porque siempre quiere llevar el control de los juegos y que los demas hagan lo que el quiere</p>
<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>	<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>

CASO 7	CASO 8
<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre I Q F N 2 3 2006 Edad 9 7 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>	<p>ψ <b><u>DATOS GENERALES</u></b></p> <p>Nombre J R F N 10-4 2006 Edad 9 7 Sexo M F Evaluacion 24 11 15</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>El estudiante procede de un hogar conformado por madre y 4 hermanos de los cual es el ultimo Viven alquilados en un cuarto por la Barriada 26 de noviembre en el distrito de Santiago</p> <p>Manifiesta la madre que el sustento del hogar solo lo lleva ella quien es la unica que trabaja y de sus cuatro hijos el unico que esta en la escuela es I Q el menor de todos ella es recamarera en el hotel el piramidal y que lo que gana tiene que ver como hace para que le alcance para comida y alquiler</p> <p>La comunicacion entre sus hijos es mala ya que se la pasan peleando y no le ayudan con su hijo menor</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA FAMILIAR</u></b></p> <p>El estudiante J R proviene de un hogar disfuncional conformado por la madre abuelo una tia con su hijo un tio y sus hermanos menores que el La vivienda es alquilada por sus abuelos en calle decima de los cuales solo trabajan el abuelo que se dedica a la chapisteria la madre del menor en estudio quien es aseo en el hospital Luis Chicho Fabrega</p> <p>El menor desde pequeño ha vivido con sus abuelos y muy poco contacto con su mama ha tenido ya que esta vivia en Panama, desde hace 3 años regreso a Santiago por la conducta de su hijo la cual se habia salido de control a sus abuelos Con su padre nunca ha tenido comunicacion y lo unico que sabe es que esta preso por trafico de drogas</p>
<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>Segun la madre del menor no hay reportes de algun tipo de enfermedades medicas o psiquiatricas por linea materna y que por linea paterna desconoce algun antecedente</p>	<p>ψ <b><u>HISTORIA MEDICA FAMILIAR</u></b></p> <p>En cuanto a la historia medica familiar por linea materna manifiesta la madre del menor que madre padece de Diabetes tipo 2 hipertension y dan crisis de depresiones su padre padece de corazon Por linea paterna desconoce algun tipo de antecedente medico</p>
<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>Comenta la señora que en el embarazo de I Q presento algunas complicaciones al inicio del trimestre por</p>	<p>ψ <b><u>ANTECEDENTES</u></b></p> <p>La madre del menor manifiesta que quedo embarazada a los 17 años y que aun no termino</p>

<p>causa de su pareja quien se negaba a que ella tuviera al bebe y del cual nunca se hizo cargo por lo cual le toco trabajar para poder llevar el sustento al resto de sus hijos y pagar sus gastos medicos</p> <p>En cuanto al parto y desarrollo psicomotor se llevo de manera normal sin ningun tipo de complicacion lo llevo a controles medicos y siempre fue un niño sano aunque un poco inquieto</p>	<p>sus estudios de bachiller y le toco ocultarles a padres por varios meses que estaba embarazada usando faja para que no se le viera la barriga, no hasta los 5 meses que ya no pudo ocultarlo mas de aqui en adelante fue que inicio con los controles medicos</p> <p>En cuanto al parto y desarrollo psicomotor desarrollo de manera normal Considera que fue un niño sano aunque un poco inquieto y ha muchas travesuras no media peligro hasta el pasado 2014 que se cayo de un arbol y tubo fractura en el craneo por lo cual estuvo en el hospital del niño hospitalizado por dos meses</p>
<p>ψ <b><u>CONDUCTAS</u></b></p> <p>La madre manifiesta que su hijo desde que inicio primer grado le ha llegado reportes de la escuela de mala conducta, no realiza los trabajos en clases se la pasaba molestando a sus compañeros y no deja dar clases a sus profesores La situacion fue empeorando en tercer grado cuando ya este salia de casa para la escuela y no llegaba al centro educativo se quedaba en los video juegos y ella no sabia hasta nada hasta que de la escuela le hicieron el llamado de lo que estaba pasando</p> <p>Cuando los maestros le llaman la atencion se enojan y les lleva la contraria Con sus compañeros de salon les pega y rompe las actividades academicas</p> <p>En casa no obedece a sus hermanos el hace lo que le da la gana, se la pasa en la calle con niños mas grandes que el al llegar la madre de su trabajo le llama la atencion y se enfada con ella Situacion que segun la madre se le esta saliendo de control y que ya no sabe que hacer</p>	<p>ψ <b><u>CONDUCTAS</u></b></p> <p>En cuanto su conducta desde pequeño ha sido niño inquieto inventor y no media peligro siempre se le veia peleando con sus primos mas grande el</p> <p>En la escuela siempre hubo reportes de mala conducta desde el kinder que no dejaba dar clases se la pasaba fuera del salon de clases de los arboles de mango que estan en la escuela molestaba a las niñas (le levantaba las faldas)</p> <p>De segundo grado en adelante ya su mala conducta se salia de control de los maestros en muchas ocasiones reto al director para pegarle insultos con palabras obscenas a sus maestras y compañeros del salon Actualmente esas conductas persiste al punto que han tenido que suspenderlo de clases Al regresar sigue igual o peor se le observa resentido con todo el mundo les quita la merienda a los niños mas pequeños encierra a las niñas en el baño</p>
<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>	<p>ψ <b><u>DIAGNOSTICO PSICOLOGICO</u></b></p> <p>⇒ Trastorno Negativista Desafiante</p>

**ENTREVISTA PSICOLOGICA para NIÑOS Y ADOLESCENTES***Amílcar Ivan Valladares**Reg 678***I DATOS GENERALES**

- 1 Nombre \_\_\_\_\_
- 2 Lugar y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
- 3 Edad en años y meses \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_
- 4 Dirección y teléfono \_\_\_\_\_
- 5 Grado escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_
- 6 Estado actual (motivo de consulta) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II HISTORIA FAMILIAR**

- 1 Padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Adicciones \_\_\_\_\_  
Relaciones con el niño estable inestable conflictiva mucha  
poca ninguna comunicación
- 2 Madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Adicciones \_\_\_\_\_  
Relaciones con el niño estable inestable conflictiva mucha  
poca ninguna comunicación
- 3 Relaciones de pareja buena regular mala separados  
divorciados abandono total de un miembro  
Especificar razones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4 Hermanos sexo y edad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Relaciones con el niño (cada hermano) estable inestable  
conflictiva mucha poca ninguna comunicación
- 5 Antecedentes familiares  
Médicos \_\_\_\_\_  
Psiquiátricos \_\_\_\_\_  
Tóxicos \_\_\_\_\_
- 6 Reacción de los padres ante el problema del niño  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III HISTORIA PERSONAL**

- 1 **Antecedentes**  
Embarazo \_\_\_\_\_ hijo deseado \_\_\_\_\_  
Dificultades prenatales (médicas intentos aborto psicológicas)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo perinatal Parto \_\_\_\_\_  
 (normal) (anoxia) (cordon umbilical) (placenta) (malformacion)  
 (ictericia) (preclancia materna)  
 Peso al nacer \_\_\_\_\_ talla al nacer \_\_\_\_\_  
 Lactancia maternal hasta los \_\_\_\_\_ meses con biberon  
 hasta \_\_\_\_\_ meses  
 Tipos de semisolidos introducidos \_\_\_\_\_  
 Tipos de solidos introducidos \_\_\_\_\_  
 Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dificultades para dormir \_\_\_\_\_  
 Reacciones del niño tranquilo inquieto  
 Edad de gateo \_\_\_\_\_ edad de ponerse en pie \_\_\_\_\_  
 Edad al caminar \_\_\_\_\_ Inicio del lenguaje \_\_\_\_\_  
 Enfermedades medicas \_\_\_\_\_  
 Hospitalizaciones y cirugias \_\_\_\_\_  
 Problemas visoperceptivomotores \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2 **Antecedentes Escolares**

Nivel escolar \_\_\_\_\_ Índice academico \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_  
 ¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Problemas escolares (academicos) (conductuales) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Que le gusta mas de la escuela? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Que no le gusta de la escuela? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Como es con las tareas? \_\_\_\_\_  
 ¿Como maneja los utiles escolares? \_\_\_\_\_  
 ¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Como se relaciona con la,maestra? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Como se relaciona con los companeros? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3 **Aspectos de Socializacion y afectivos**

¿Hace amigos con facilidad? (comunicativo poco comunicativo  
 participa en grupo tendencia al aislamiento pasivo agresivo  
 dependiente independiente)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿De que edad son los niños con los que se relaciona? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Que tipo de juegos realiza? \_\_\_\_\_

¿Que hace con otros niños de su mismo sexo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Como se relaciona con los niños de otro sexo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Por que cosas se pelea con otros niños? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que lo hace feliz? \_\_\_\_\_

¿Que lo entristece? \_\_\_\_\_

¿Que lo enoja? \_\_\_\_\_

¿Sobre que aspectos de la vida pregunta con mayor frecuencia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **4 Intereses y pasatiempos**

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que hace cuando esta solo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que no le gusta hacer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que tipo de deportes le gustan? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿Alguna vez a jugado al doctor  
mama y papa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Que programas de television mira? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **5 Desarrollo Psicosexual**

Destete \_\_\_\_\_ ¿Que tipo de alimentos prefiere? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? \_\_\_\_\_  
Control anal \_\_\_\_\_ vesical diurno \_\_\_\_\_ Vesical  
nocturno \_\_\_\_\_ tecnica \_\_\_\_\_

¿Que reacciones posee ante la defecacion? (asco vergüenza miedo  
agrado desagrado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Succion del dedo \_\_\_\_\_ Masturbacion \_\_\_\_\_

¿Con quien duerme? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad?

Informacion sexual adquirida y fuentes \_\_\_\_\_

### **Preadolescencia y adolescencia**

Menarquia \_\_\_\_\_ experiencia \_\_\_\_\_

Polucion \_\_\_\_\_ experiencia \_\_\_\_\_

¿Fue informado? \_\_\_\_\_

Reacciones emocionales propias de la adolescencia  
(extrovertido tímido ansioso voluntarioso mal humorado labil)

Noviazgo \_\_\_\_\_

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo

### **6 Sintomas Neuroticos**

Pesadillas \_\_\_\_\_ Terrores nocturnos \_\_\_\_\_

Sonambulismo \_\_\_\_\_ Berrinches \_\_\_\_\_

Regresiones \_\_\_\_\_ Enuresis \_\_\_\_\_

Encopresis \_\_\_\_\_ Onicofagia \_\_\_\_\_

Tricotilomania \_\_\_\_\_ problemas de lenguaje \_\_\_\_\_

Tics \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_

Robo \_\_\_\_\_ Mentira \_\_\_\_\_

### **7 Castigos**

¿Quien es el responsable de la disciplina?

¿Que comportamientos le molestan del niño?

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente?

### **8 Observaciones finales**

# STAXI-NA

Inventario de expresión de ira estado-rasgo  
en niños y adolescentes

C. D. Spielberger

**Adaptación española:**  
V. del Barrio y A. Aluja



manual



TEA Ediciones

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

EDAD

SEXO

☐ Varón

☐ Mujer

CURSO

CENTRO

# STAXI



**TEA** Ediciones



## PARTE 1

### INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lee cada frase y marca con un aspa (X) aquella respuesta que mejor describa **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**

#### CÓMO ME SIENTO AHORA MISMO

	Poco	Bastante	Mucho
1. Estoy furioso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy enfadado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy rabioso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo ganas de insultar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo ganas de pegar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estoy molesto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo ganas de dar patadas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo ganas de maltratar a alguien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTE  
NADA EN ESTE  
RECUADRO  
O PODRÁS  
INVALIDAR  
TU EJERCICIO

## PARTE 2

### INSTRUCCIONES

Lee cada frase y marca con un aspa (X) la respuesta que mejor describa **CÓMO TE SIENTES HABITUALMENTE**

#### CÓMO ME SIENTO HABITUALMENTE

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
9. Tengo mal genio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me irrito fácilmente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me enfurece retrasarme por culpa de otros ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me enfurece que no se reconozca que trabajo bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Exploto fácilmente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Digo cosas desagradables .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me enfurece que me corrijan delante de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me enfurece hacer bien un examen y tener mala nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTE  
NADA EN ESTE  
RECUADRO  
O PODRÁS  
INVALIDAR  
TU EJERCICIO

## PARTE 3

### INSTRUCCIONES

A continuación aparecen reacciones que tiene la gente cuando está enfadada.

Lee cada frase y marca aquella respuesta que mejor describa QUÉ SUELES HACER CUANDO ESTÁS ENFADADO

#### CUANDO ME ENFADO...

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
17. Demuestro mi enfado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Escondó mis sentimientos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tengo ganas de llorar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Prefiero estar solo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Doy portazos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Discuto .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Siento rabia pero me lo callo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cuando pierdo el control, sé dominarme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me tranquilizo antes que los otros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Controlo mi furia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me enfrento directamente con lo que me enfada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Controlo mis sentimientos de ira .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Respiro profundamente para tranquilizarme ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hago cosas que me tranquilizan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Trato de relajarme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hago cosas que me calman .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTES  
NADA EN ESTE  
RECUADRO  
O PODRÍAS  
INVALIDAR  
TU EJERCICIO.



Autor: C. D. Spielberger.

Adaptación española: V. del Barrio y A. Aluja.

ADAPTADO CON PERMISO DE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT RESOURCES (PAR).

Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio a profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

## PARTE 1

» Traslade las puntuaciones de cada fila a su **RECUADRO** correspondiente

» Luego **SUME** las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada e

» Sume ahora las puntuaciones de las dos escalas para hallar la **PUNTUACION ESTADO**

» Traslade las puntuaciones de cada escala al **PERFIL** y consulte los baremos para ha  
nivel le corresponde

PD ESTADO TOTAL

## PARTE 2

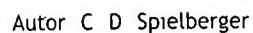
- » Traslade las puntuaciones de cada fila a su **RECUADRO** correspondiente
- » Luego **SUME** las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada e
- » Suma ahora las puntuaciones de las dos escalas para hallar la **PUNTUACION TOTAL R**
- » Traslade las puntuaciones de cada escala al **PERFIL** y consulte los baremos para h
- percentil que le corresponde a cada una de las puntuaciones directas (PD)

PD RASGO TOTAL

**ARTE 3**

- » Traslade las puntuaciones de cada fila a su **RECUADRO** correspondiente
- » Luego **SUME** las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada escala
- » Finalmente traslade las puntuaciones de cada escala al **PERFIL** y consulte los baremos para hallar el percentil que le corresponde a cada una de las puntuaciones directas (PD)

EXPRESIÓN Y CONTROL DE IRA											
	1	2	3		EXP. EXT.	EXP. INT.	C. EXT.	C. INT.			
Demuestro mi enfado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>						
Escondo mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18		<input type="checkbox"/>					
Tengo ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19		<input type="checkbox"/>					
Prefiero estar solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20		<input type="checkbox"/>					
Doy portazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>						
Discuto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>						
Siento rabia pero me lo callo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23		<input type="checkbox"/>					
Cuando pierdo el control, se dominarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24			<input type="checkbox"/>				
Me tranquilizo antes que los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25			<input type="checkbox"/>				
Controlo mi furia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26			<input type="checkbox"/>				
Me enfrento directamente con lo que me enfada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>						
Controlo mis sentimientos de ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28			<input type="checkbox"/>				
Respiro profundamente para tranquilizarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29				<input type="checkbox"/>			
Hago cosas que me tranquilizan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30				<input type="checkbox"/>			
Trato de relajarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31				<input type="checkbox"/>			
Hago cosas que me calman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32				<input type="checkbox"/>			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					+			<input type="checkbox"/>			
					PD C TOTAL			<input type="checkbox"/>			



Adaptación española V del Barrio y A Aluja

ADAPTADO CON PERMISO DE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT RESOURCES (PAR)

ADAPTADO CON PERMISO DE PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT RESOURCES (PAR)  
Copyright © 2005 by TEA Ediciones S.A. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE. Printed in Spain. Impreso en España.



# PERFIL

		ESTADO TOTAL	SENT.	EXP. F y V		
NIVEL	PD				PD	NIVEL
	Alto				Alto	
	Moderado				Moderado	
	Bajo				Bajo	
	Nulo				Nulo	

Centil	RASGO TOTAL	TEMP.	REACC.	EXP. EXT.	EXP. INT.	C. EXT.	C. INT.	C. TOTAL	Centil
99	-	-	-	-	-	-	-	-	99
95	-	-	-	-	-	-	-	-	95
90	-	-	-	-	-	-	-	-	90
85	-	-	-	-	-	-	-	-	85
80	-	-	-	-	-	-	-	-	80
75	-	-	-	-	-	-	-	-	75
70	-	-	-	-	-	-	-	-	70
65	-	-	-	-	-	-	-	-	65
60	-	-	-	-	-	-	-	-	60
55	-	-	-	-	-	-	-	-	55
50	-	-	-	-	-	-	-	-	50
45	-	-	-	-	-	-	-	-	45
40	-	-	-	-	-	-	-	-	40
35	-	-	-	-	-	-	-	-	35
30	-	-	-	-	-	-	-	-	30
25	-	-	-	-	-	-	-	-	25
20	-	-	-	-	-	-	-	-	20
15	-	-	-	-	-	-	-	-	15
10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
5	-	-	-	-	-	-	-	-	5
1	-	-	-	-	-	-	-	-	1

	RASGO TOTAL	TEMP.	REACC.	EXP. EXT.	EXP. INT.	C. EXT.	C. INT.	C. TOTAL
PD								
Centil								



# Manual de autocontrol del enojo

Tratamiento Cognitivo-Conductu

Brenda Mendoza González



Manual Moderno®

Leda Norris & S. A.



La siguiente es una guía que el terapeuta puede emplear para comenzar con la técnica de relajación.

**a) Sentarse para relajarse.**

El terapeuta guiará al niño y a la madre de la siguiente forma:

**T: Siéntate en la silla, coloca tu espalda sobre el respaldo de la silla, no cruces tus piernas, pies o brazos; coloca tus manos en los muslos, no tenses los músculos, simplemente intenta descansar. Ésta es la posición para poner tu cuerpo tranquilo.**

**b) Tensar y relajar músculos.**

**1:** Para aprender esta técnica de relajación (tensar y relajar), comenzarás por tensar y posteriormente relajar cada músculo de tu cuerpo que te vaya indicando. Haremos un ensayo con tus manos, pon tus manos lo más duro que puedas, apriétalas, ¿qué sientes?, ahora poco a poco colócalas flojitas. ¿Qué sientes cuando los músculos se ponen flojitos?

El terapeuta explicará el ejercicio al niño (modelará con un ejemplo), **el número cinco 5, significa tensar los músculos hasta su grado máximo** (el terapeuta modela tensando fuertemente las manos); **el número 4 significa que los músculos siguen tensos** (el terapeuta seguirá tensando pero en menor grado); **el número 3 significa "disminuye la tensión", el número 2 significa que deberás relajar los músculos poco a poco** (el terapeuta modela, relajando poco a poco las manos); **el número 1 significa que los músculos se encuentran completamente relajados** (relaja las manos); y en el número cero, deberás disfrutar de la tranquilidad y relajación que experimenta tu cuerpo.

El terapeuta explicará al niño que **cundo esté tensando y relajando una parte determinada de su cuerpo, el resto debe tenerlo relajado**. Le comentará que probablemente al principio será difícil de conseguirlo, pero después de un poco de práctica le será mucho más fácil hacerlo. **El terapeuta realizará un ensayo** (tensando y relajando las manos, siguiendo la estrategia antes descrita).

Puede hacerse uso de un espejo para desarrollar la técnica de tensar y relajar músculos, la cual permitirá al niño observar cómo tensa y relaja su cuerpo, **el espejo puede funcionar como una estrategia de retroalimentación en caso de que al niño se le dificulte poner rígido y relajar su cuerpo.**

El terapeuta explicará al niño cómo aplicar esta técnica en diferentes áreas del cuerpo (modelará la manera de hacerlo).

A continuación se describe la manera en la cual el terapeuta guiará al niño para que aprenda a tensar y relajar cada grupo muscular:

**Cara**

**T.- Tensa toda la cara** (frente, ojos, nariz, quijada, labios). Incluso puedes sentir cómo arrugas tu cara, esto ocurre debido a la tensión. Siente la tensión en esta zona; **manténla algunos segundos y observa la sensación que tienes al tensarla. Éste es el momento con el grado máximo de tensión. 5 sigue la tensión estamos en el número 4; 3 siente en tu frente, ojos, nariz, quijada y labios cómo la tensión disminuye. 2 ahora relaja lentamente la frente, afloja tu nariz, ahora pon "flojitos" los músculos de tu quijada, los labios, tus ojos. Pasamos al número 1, tu cara está completamente relajada; tu frente, tus cejas, tus ojos, tu nariz; abre lentamente tus ojos, no hay tensión en tu cara, date cuenta qué se siente al dejar todos esos músculos "flojitos" y relajados; y hemos llegado al número cero, disfruta la relajación de tu cara. ¿Qué sensación te gusta más, ésta de relajación o la de tensión?**

El terapeuta deberá reforzar al niño **elogiándolo**: por ejemplo, dirá: ¡muy bien, lo estás haciendo muy bien!; ¿Te das cuenta qué fácil es?

**Cuello y espalda**

**T:** Siguiendo la misma técnica contando del cinco al cero, se le solicitará al niño que tense su cuello y su espalda; **para tensar su cuello podrá colocarlo ligeramente hacia atrás. El terapeuta supervisa que tenga tenso el cuello y la espalda (puede tocar el cuello y espalda con previo permiso del paciente).**

Pedirá al niño que sienta la tensión en su espalda y cuello (número cinco), manteniéndola así por unos segundos y la irá relajando hasta llegar al número cero (se pueden emplear frases como: **poco a poco vas ir poniendo "flojito" el cuello y la espalda, observa cómo puedes ir cambiando el estado de tensión, sigue manteniendo tu cuello y espalda flojitos**). El terapeuta le pedirá al niño que observe la diferencia entre la tensión y relajación del cuello ¿cuál te gusta más?, ¿te gusta sentir tu cuello y espalda "flojitos"?

**Brazos, manos y dedos de las manos**

Empleando la misma técnica: 5 máxima tensión, al 0 relajación, el terapeuta solicitará al niño extienda los





brazos, tensionándolos y cerrando los puños. Deberá revisar que haya tensión desde los hombros hasta los dedos de la mano, (necesitará pedir permiso al niño para tocar sus hombros, brazos y manos).

Para pasar del estado de tensión al de relajación, el terapeuta le pedirá al niño tensar los brazos (5), mantener el estado de tensión (4); abrir los puños poco a poco (3), soltar sus manos y poner "flojitos" los dedos de sus manos (2), finalmente le indicará soltar completamente sus brazos (1) y volver a la posición de relajación (0).

Solicitará al niño que ponga atención en la sensación que tiene cuando sus músculos se encuentran relajados (por ejemplo, le dirá: ¿cómo te sientes al tener los músculos sueltos y relajados?, observa qué diferente es la sensación cuando tienes los músculos tensos y cuando los tienes flojitos, ¿cuál te gusta más?).

### Pecho y estómago

El siguiente grupo que hay que relajar es el pecho y el estómago (el terapeuta señalará estas partes del cuerpo).

**T: Pon duro el pecho** (el niño deberá comprimirlo y sentirá presión en el pecho), **el estómago** (tiene que contraerlo y sentir la tensión en el ombligo) y la cadera.

Para pasar del estado de máxima tensión (5) a la relajación (0), el niño soltará lentamente su ombligo (músculos del estómago), el pecho y la cintura, relajará ese grupo de músculos hasta que vuelvan a la posición natural. El terapeuta le pedirá al niño observar la diferencia entre el estado de tensión y relajación.

### Cadera, piernas, pies y dedos de los pies

Con la misma técnica se relajará la cadera, piernas, pies y dedos de los pies.

**T: Ahora tensa o "pon dura" la cadera, los muslos, las pantorrillas, los pies y dedos de los pies. puedes levantar las piernas para tensarlas, observa la tensión que sientes en los dedos de los pies.** El terapeuta elogiará al niño cuando haya logrado tensar la pierna.

La tensión debe de sentirla en la cadera, los muslos, las rodillas, las pantorrillas, los pies y los dedos de los pies. El terapeuta guiará al niño para que vaya pasando de un estado de máxima tensión (5) a un estado de relajación muscular (0). Para pasar del estado de tensión a relajación, el terapeuta le pedirá al niño que ponga sus músculos en máxima tensión, y que poco a poco baje las piernas doblando la rodilla, que mueva lentamente los dedos de los pies. Sería conveniente preguntarle al niño: ¿te das cuenta qué diferente es la sensación ahora que están relajados tus músculos?. El terapeuta elogiará al niño cuando haya terminado de relajar la cadera, piernas, pies y dedos de los pies.

### Todo el cuerpo

El niño deberá de emplear la misma técnica, pero ahora tensando todas las partes del cuerpo al mismo tiempo (cara, cuello, espalda, estómago, cintura, cadera, piernas), posteriormente deberá disminuir la tensión (empleando la técnica enseñada), relajando todas las partes del cuerpo lentamente hasta volver a la posición de relajación.

Cuando el terapeuta haya enseñado esta técnica, procederá a realizar ensayos de aprendizaje para conocer si el niño ha adquirido los conocimientos. (ficha de actividad 4). Durante esta etapa el terapeuta guiará la relajación sin tensión y el co-terapeuta registrará (ensayo 1) si el niño exhibe la técnica de relajación sin tensión para cada una de las partes del cuerpo.

En caso de que el niño no haya aprendido a usar la técnica de tensión-relajación con algunas de las partes del cuerpo, el terapeuta lo retroalimentará, le enseñará nuevamente y comenzará un nuevo ensayo con la técnica de relajación-tensión (ensayo 2). Si en el segundo ensayo existe alguna duda por parte del niño, el terapeuta volverá a enseñarle la técnica (con la parte del cuerpo que el niño haya tenido algún problema) y se procederá con un tercer ensayo. El co-terapeuta registrará las habilidades adquiridas del niño en el registro Tensión-relajación (sesión de aprendizaje, ensayos 1, 2, 3, ficha de actividad 4, al final de la sesión).

## Fase de postevaluación

El terapeuta realizará un ensayo conductual y empleará la misma ficha o situación de conflicto que haya usado en la preevaluación. El co-terapeuta deberá registrar si

el niño desarrolla la técnica aprendida: tensión-relajación, como una conducta alternativa para la solución no violenta de conflictos (usar el registro Tensión-relajación-sesión de aprendizaje).

Tarea

Diariamente la madre y/o padre deberan de realizar con su niño el ejercicio tensión-relajación (sesión de 15 minutos) Ellos registrarán cada sesión en las hojas de recolección de datos (relajación en casa ficha de actividad 5)

El niño deberá de señalar cotidianamente en el registro ACC los episodios de enojo con y sin agresión que haya mostrado

Se sugiere que el especialista desarrolle una estrategia de cambio conductual (economía de fichas) para tres conductas problema que exhiba el niño (se pueden obtener del registro ACC)

Ficha de actividad 4

Registro Tensión relajacion (sesion de aprendizaje)

Nombre \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

Coterapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relajación con tensión	Preevaluación	Ensayos			Postevaluación
Posición/ Ensayos		1	2	3	
Respirar tres veces					
Inflar el estomago					
Jalar aire					
Expulsarlo lentamente					
Cara					
Frente					
Ojos					
Nariz					
Boca (lengua mandíbula y labios)					
Cuello y espalda					
Extremidades superiores					
Brazos					
Manos					
Dedos de manos					
Pecho y estomago					
Extremidades inferiores					
Cadera					
Piernas					
Rodillas					
Pantorrillas					
Pies					
Dedos de los pies					
TODO EL CUERPO					
Hora de comienzo		Firma de terapeuta			
Hora de término					
Observaciones					

# Ficha de actividad 5

## Registro Tension relajacion (registro en casa)

### Registro diario de relajación con tensión (casa)

Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab
Posicion de relajacion CON TENSION						
Respirar tres veces						
Inflar el estomago						
Jalar aire						
Expulsarlo lentamente						
Cara						
Frente						
Ojos						
Nariz						
Boca (lengua mandibula y labios)						
Cuello y espalda						
Extremidades superiores						
Brazos						
Manos						
Dedos de manos						
Pecho y estómago						
Extremidades inferiores						
Cadera						
Piernas						
Rodillas						
Pantorrillas						
Pies						
Dedos de los pies						
TODO EL CUERPO						
Hora de comienzo	Firma de papa o mama					
Hora de termino						
Observaciones						

Ejemplo de ficha de actividad

*Leda N. 1500 de Guayana*